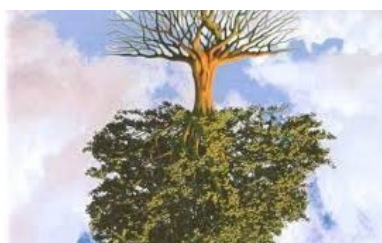


## TERAPIE IMMAGINATIVE

*Incontri esperienziali*

### **“Le immagini che curano l’Anima”**

**Martedì 18.00 19.30 – sabato 9.30-11.00**



#### **Dati personali**

Cognome e Nome: .....

Cell: ..... Tel:.....

Email: .....

Codice Fiscale: ..... P IVA.....

#### **Indicare il giorno di preferenza**

**Il martedì dalle 18.00 alle 19.30 EURO 20**

**Il sabato dalle 9.30 alle 11.00 EURO 20**

#### **Pagamento**

- **Versamento su Conto Corrente Postale - causale: Terapie immaginative- corsi esperienziali , nome e cognome corsista.**  
**Intestato a: Studio PsicoSoma Dr.ssa Fulvianna Furini ( riportare la dicitura letterale )**  
**CODICE IBAN IT68I0760112200000060908662 - OPPURE -**
- **In contanti presso lo studio.**

**PRIMO INCONTRO GRATUITO**

**Prenotazione obbligatoria**