
FrancoAngeli / Linea Test



Modulo d'ordine: da spedire a Gestioni & Partecipazioni srl
(concessionaria delle edizioni FrancoAngeli) Viale Monza 106, 20127 Milano
fax 02 26 14 19 58 - tel. 02 28 37 14 55 vendite@francoangeli.it

Il sottoscritto, dott. _____,

laureato in _____ specializzato in _____

in qualità di:

- psicologo professionista *oppure*
 responsabile del servizio psicologico della Istituzione:

dichiaro di essere:

- iscritto all'Ordine degli psicologi della Regione _____ al n° _____ o
all'Elenco degli psicoterapeuti al n° _____ e pertanto qualificato personalmente
all'uso degli strumenti psicodiagnostici *oppure*

- supervisionato nell'uso e nella somministrazione dei test psicodiagnostici dal dott.

iscritto all'Ordine degli psicologi della Regione _____ al n° _____ o
all'Elenco degli psicoterapeuti al n° _____, che qui controfirma per garanzia:

chiede di ricevere i questionari relativi agli **Indicatori di Qualità Urbana Residenziale Percepita (IQURP) - forma lunga e forma breve** - e all'**Attaccamento al Quartiere di residenza (AQ) - forma lunga e forma breve** - di **Ferdinando Fornara, Marino Bonaiuto e Mirilia Bonnes** (cod. 1305.123-Test):

Tipo	Prezzo cad.	Quantità	Totale €
Blocco di 25 Protocolli	€ 200,00 (iva compresa)		
Blocco di 50 Protocolli	€ 300,00 (iva compresa)		
Ulteriori Blocchi di 50 copie	€ 220,00 (iva compresa)		

Totale * € _____

*il prezzo totale è compreso di iva e spese di consegna tramite corriere.

Spazio per eventuali comunicazioni da parte dell'acquirente:

DATI ACQUIRENTE (compilare in stampatello)

ISTITUZIONE _____ oppure

COGNOME _____ NOME _____

VIA/PIAZZA _____ N° _____ Tel. _____

CAP _____ PROV _____ LOCALITÀ _____

CODICE FISCALE _____ P. IVA _____

Indirizzo e-mail _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Allego a saldo assegno di € _____ (intestato a: Gestioni & Partecipazioni)

Ho versato sul c/c postale n° 21921200 (intestato a Gestioni & Partecipazioni - Milano) l'importo di

€ _____ (allego copia della ricevuta)

Carta di credito: American Express PostePay MasterCard Visa

Autorizzo l'organizzazione sopra indicata ad addebitare l'importo sul conto della mia Carta di credito

n° _____ scadenza _____

Indirizzo al quale viene inviato l'Estratto conto della Carta di credito:

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto professionista (o psicologo responsabile nel caso di istituzione) si impegna ad usare il materiale in modo riservato e deontologicamente corretto, a non divulgarlo, a non riprodurlo con qualunque mezzo senza autorizzazione scritta dell'editore.

Firma: _____

Maggiori informazioni sul nostro catalogo libri e test sono consultabili all'interno del sito internet delle nostre Edizioni: **www.francoangeli.it**