

# MODULO ISCRIZIONE

## CORSO ASTROFOTOGRAFIA

### 2017

Io Sottoscritto:

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

---

Desidero iscrivermi al corso di Astrofotografia da Voi organizzato in qualità di **(spuntare il campo interessato)**:

- a) Appartenente al Gruppo Astrofili DLF (€. 10,00);
- b) Socio DLF (€. 15,00);
- c) Non Associato (€. 25,00);

---

Desidero inoltre prenotarmi per i seguenti Workshop:

- 1) Pulizia Ottiche                      2) I Sensori CCD e le riprese Monocromatiche
- 3) Maxim DL, autom.e protocollo Ascom(€.5,00/7,50)
- 4) Cartes du ciel e i cataloghi(€.5,00/7,50)