Scheda di iscrizione

da inviare via fax al n° 081/0112400 o per e-mail a: fax@labform.it

RIEDUCAZIONE RESPIRATORIA

La quota di partecipazione al corso è di € 180,00. Il pagamento verrà richiesto dalla segreteria e frazionato in due parti.

Mi riservo di consegnare entro la I data del corso copia del titolo professionale e ricevuta pagamento acconto.

.....

Cognome e Nome

.....

Figura professionale

…….....

Data di nascita Luogo di nascita

.....

Indirizzo (via, città, cap)

.....

E-mail e telefono cellulare

.....

Codice fiscale / Partita IVA

Specificare: □ dipendente □ libero professionista

Il sottoscritto presta il proprio consenso, ai sensi del D.L.vo n°196/03 per il trattamento, la comunicazione e la diffusione dei dati indicati nel presente modulo di iscrizione, per le finalità connesse alla presente attività formativa, nonché per la promozione di altre iniziative di formazione

FIRMA……

AI FINI DEL RILASCIO DEI CREDITI ECM DICHIARO INOLTRE

(ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.)

IL sottoscritto consapevole della responsabilità civile e penali per dichiarazioni mendaci o non veritiere, dichiara di *essere in possesso del titolo di studio ……, rilasciato in data …… conseguito presso ……*

Data……..

Firma

…….....