



CORSO DI PRIMO SOCCORSO

Da compilare e spedire via fax al n° 045 7158757 allegando copia del bonifico bancario

Cognome e Nome

Indirizzo

Città C.A.P. Provincia

Telefono Fisso Cell

Data e Luogo di Nascita

Iscrizione all'Ordine (N° e Provincia)

Provincia in cui si esercita Anno di Laurea

Ragione Sociale

Indirizzo

Città C.A.P. Provincia

P. Iva C. Fiscale

E mail

COSTO DEL CORSO € 260,00 + iva per i Medici, 95,00 + iva per Laici

I versamenti possono essere eseguiti sul conto corrente di seguito riportato,
specificando nella causale il titolo dell'incontro

CREDIVENETO

IBAN IT55L0705711700000000025495

AI SENSI DELLA LEGGE N.675/96 ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI

DATA

FIRMA