

TECNIDENFAL

# 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 IT55L070571170000000025495

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

DATA .....

FIRMA .....