

SCHEDA DI ISCRIZIONE

TITOLO DEL CORSO:

DATA DEL CORSO.....

NOME.....COGNOME.....

LUOGO E DATA DI NASCITA.....

CODICE FISCALE.....

VIA.....

LOCALITA'.....CAP.....

TEL.....EMAIL.....

DATI FATTURAZIONE

ENTE/PERSONA..... Pubblico Privato

INDIRIZZO FISCALE.....

CODICE FISCALE P. IVA

PAGAMENTO DA EFFETTUARE ENTRO 5 GG DALLA DATA DEL CORSO
SUL CONTO CORRENTE DEL
Centro Medico By Salus S.R.L. , Via Marconi 133, 33053 Latisana
IBAN IT49F0200863751000101164214
Unicredit filiale di Codroipo

Una Volta effettuato il pagamento inviare il fax dell'avvenuto bonifico insieme a questa scheda di iscrizione

Al numero **0431512011**

Data.....Firma.....