|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME\* |  | | | | |
| CODICE FISCALE\* |  | | | | |
| PARTITA IVA\* |  | | | | |
| NATO/A A \* |  | | IL\* | |  |
| PROFESSIONE\* |  | | | | |
| DISCIPLINA\* |  | | | | |
| TELEFONO\* |  | CELL | |  | |
| MAIL\* |  | | | | |
| VIA E N° CIVICO\* |  | | | | |
| CAP- PAESE - (PROVINCIA)\* |  | | | | |
| DATI PER LA FATTURAZIONE SE DIFFERENTI DA QUELLI INDICATI |  | | | | |

**MODALITA’ DI ISCRIZIONE**

1. Verificare la disponibilità di posto al numero tel. 340 0750760

2. inviare via mail formazione@medlavecm.it la scheda di iscrizione   
4. Effettuare l’iscrizione tramite bonifico bancario MedlavEcm IBAN **IT48F0622512127100000002858**

(entro 5 gg dalla prenotazione, causale: COGNOME, NOME E TITOLO DEL CORSO)   
3.Dare conferma al numero 3400750760 dell’avvenuto pagamento (anche sms specificando: nome-cognome e mail o via mail a [formazione@medicinaesicurezza.net](mailto:formazione@medicinaesicurezza.net) o via fax al n. **049 2700531**

5. La fatturazione dell’iscrizione al corso verrà inviata via mail entro la fine del mese dell’arrivo del pagamento

**Segreteria Organizzativa: Medlavecm - Elena Cipresso tel 340 0750760 fax 049 2700531**[**elena.cipresso@medlavecm.it**](mailto:elena.cipresso@medlavecm.it)**;** [**formazione@medlavecm.com**](mailto:formazione@medlavecm.com)

\* dati obbligatori