

TIPOLOGIA DI DOCUMENTO

CORSO BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION – Cat. A

N. DI PAGINE

1/1

SVOLGIMENTO

NOSTRO CENTRO POLIFUNZIONALE - CODROIPO (UD), VIA F.LLI SAVOIA 24 – Z.A. PICCOLA DI MORO 2.

QUOTA INDIVIDUALE DI PARTECIPAZIONE: € 50,00 IVA COMPRESA
DISPENSA – COFFEE / BREAK – RILASCIO ATTESTATO DI FREQUENZA.

ISCRIZIONE AL CORSO DEL : SABATO 24 GIUGNO 2017 – 8.30-13.30

IL CORSO VIENE ORGANIZZATO SECONDO LE NORMATIVE VIGENTI IN COLLABORAZIONE CON L'ENTE ACCREDITATO

DALLA REGIONE LIFE CARE ACADEMY

AZIENDA:

INDIRIZZO / CITTA'

PARTITA IVA

CODICE FISCALE

TEL. / FAX

E-MAIL

PARTECIPANTE:

COGNOME

NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

C.F. :

PARTECIPANTE:

COGNOME

NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

C.F. :

NOTE / RICHIESTA INFORMAZIONI

PAGAMENTO

MODALITA' DI PAGAMENTO: RI.BA 30 GG. DATA FATTURA

BANCA:

FILIALE / AGENZIA:

COORDINATE BANCARIE EUROPEE (IBAN)

PAESE

CHECK
DIGIT

COORDINATE BANCARIE NAZIONALI (BBAN)

CIN

ABI

CAB

NUMERO DI CONTO CORRENTE

TRATTAMENTO DATI PERSONALI – INFORMATIVA

In riferimento alla legge n° 196/03 sulla tutela della privacy, Vi comunichiamo che i dati da Voi forniti verranno utilizzati per le finalità istituzionali, connesse o strumentali alla nostra attività come ad esempio: Per eseguire obblighi di legge, per dare esecuzione a prestazioni contrattualmente avvenute, all'esecuzione del corso in programma e delle relative modalità di iscrizione e gestione amministrativa. I dati potranno essere elaborati solo per i motivi sopra indicati e passati ai seguenti soggetti, per essere elaborati per gli stessi motivi: Istituti di credito, di assicurazione, libero professionisti e consulenti, reti di agenti, imprese di trasporti. Verranno poi conservati in un archivio cartaceo a garanzia del rilascio degli attestati e come evidenza oggettiva della partecipazione al corso. La/Vi informiamo altresì che in relazione ai predetti trattamenti, potranno essere esercitati i diritti di cui all'art. 7 del d. lvo196/03. Qualunque informazione relativa al trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei Vostri dati personali potranno essere richieste al titolare/legale rappresentante della FRIULI ANTINCENDI srl.



DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____