



Modulo Richiesta Iscrizione

Seminario Pro Impact 7.0 e Crash Test

Il sottoscritto

Telefono Cellulare

E-mail

Titolo di studio

Estremi per emissione fattura

Intestatario fattura

PIVA o Cod. Fiscale

Indirizzo via

Citta

cap

E-mail

CHIEDE di essere iscritto :

Corso Pro Impact 2016

Corso Pro Impact 2016 + Crash Test

Crash Test

Come precisato in apposita locandina di cui ha preso visione, che si terrà a Firenze (FI) nei giorni 15-16 Aprile 2016

Si allega, copia ricevuta di versamento di € _____,00 (euro _____/00).

Coordinate bancarie: Codice Iban IT05J030150320000003411251

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto da esplicitamente il consenso al trattamento dei propri dati ai sensi del D.Lgs 196/03, nonché all'invio di successive comunicazioni.

Data

in fede