



Modulo Richiesta Iscrizione

Crash Test tra veicoli e ricostruzione con simulazione

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 alla ***Giornata di Crash Test tra veicoli e Ricostruzione con Simulazione***

, come precisato in apposita locandina di cui ha preso visione, che si terrà a Firenze (FI) nel giorno

17 ottobre 2015

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

Coordinate bancarie: Codice Iban IT05J030150320000003411251

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Data

in fede