

MODULO ISCRIZIONE

Corso: **BLSD Sanitario** **BLSD Laico** **Manovre distruzione Pediatrica**

COGNOME: _____ **NOME:** _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NATO/A: _____ **PROV.** _____ **IL :** ___/___/___

RESIDENTE: VIA _____ **N°** _____

CAP _____ **CITTA'** _____ **PROVINCIA (___)**

CELL. _____ **EMAIL** _____

CORSO BASE **RETRAINING**
LAICO **SOCCORITORE** **INFERMIERE** **MEDICO**

PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE CON BB

L'iscrizione sarà perfezionata con il pagamento della quota da effettuarsi tramite bonifico bancario intestato a: Croce Rossa Italiana – Comitato di Verona Causale **Quota Corso (NOME E COGNOME) (NOME E DATA DEL CORSO) IBAN:IT49S050341175000000000862**
Banca: Banco Popolare Agenzia di Verona. La quota comprende la partecipazione al corso, il manuale di testo.

PAGAMENTO IN SEDE DI CORSO (per i corsi di base e i Retraining). Con l'invio della presente il candidato si impegna a versare la quota entro la data del corso stesso.

INDICAZIONI PER LA FATTURAZIONE: RAGIONE SOCIALE

VIA _____ N° ___ PROVINCIA (___) CAP _____ CITTA' _____
E-MAIL PER L'INVIO: _____

Informativa ai sensi dell'art.13 della legge n°196 del 30.6.03, relativa alla tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. La informiamo che i suoi dati personali sono custoditi nell'archivio dati del Centro di Formazione. Autorizzo ad utilizzare materiale fotografico raccolto durante il corso a scopo didattico e promozionale. Presa nota dell'informativa autorizzo l'utilizzo dei miei dati. I corsi vengono confermati al raggiungimento del numero minimo di partecipanti. La quota potrà essere rimborsata al 50% solo a fronte di motivi gravi e documentati e di pre-avviso entro 7gg. dal corso stesso. In caso di assenza non comunicata il costo del corso verrà interamente addebitato.

DATA _____

FIRMA _____

