



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL TRAINING DI CERTIFICAZIONE MD

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente in via

Città CAP

Contatto telefonico

E-mail

Dati di fatturazione / Società di Appartenenza:

Ragione Sociale

Indirizzo via (solo se diverso dal precedente)

Città CAP

P.IVA / C.F.

Indirizzo PEC CUP

In mancanza delle informazioni di fatturazione, indicare i contatti dell'ufficio a cui rivolgersi nella propria azienda.

Ufficio / Nominativo

e.mail

Telefono ufficio

Chiede di iscriversi alla sessione di training organizzata da Modus Maris srl

Edizione (indicare data edizione):

Pacchetto completo € 3.600,00 + IVA

Modulo IP € 2.200,00 + IVA

Modulo GP € 2.200,00 + IVA

Luogo data Firma _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003, Reg. UE 679/2016 relativo al trattamento dei dati e alla tutela delle persone. In riferimento al trattamento dei dati personali vi informiamo che i dati degli iscritti saranno utilizzati per le adesioni al corso di Certificazione MD organizzato da Modus Maris Srl.