



Il/la sottoscritto/a _____ Chiede di partecipare all'evento formativo

(contrassegnare con una x l'edizione prescelta e inserire la data d'inizio del corso)

	Corsi F.A.D.	Data	Quota
	Corso formazione base lavoratori (8 ore) F.A.D.		€ 99,50
	Corso aggiornamento lavoratori (6 ore) F.A.D.		€ 85,00
La chiusura delle iscrizioni è due giorni prima rispetto all'inizio dei corsi			

Dati personali	
Cognome	
Nome	
Codice fiscale	
Luogo e data di nascita	
E-mail	
Numero Cellulare	
Dati per la fattura	
Ragione Sociale	
Partita IVA	Codice destinatario o PEC
E-mail	

PAGAMENTO: **Bonifico bancario** intestato a Farmasic s.r.l., Via Libertà 93, 90143 Palermo
IBAN: IT 86 C 03069 04632 100000015710 INTESA SANPAOLO

Per iscriversi: Inviare la scheda d'iscrizione e la copia del bonifico per mail a corsi@farmasic.it

Oppure iscriviti dal sito [Corsi di Formazione - Farmasic](#)

Autorizzo la Farmasic s.r.l. E PROFIN Italia al trattamento dei miei dati personali, nel rispetto della Legge 196/2003 sulla privacy, ai soli fini degli adempimenti previsti per legge.

DATA _____

FIRMA _____