



CORSO DI PRIMO SOCCORSO PER AZIENDE

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI AGGIORNAMENTO PER ADDETTI AL PRIMO SOCCORSO AZIENDALE

Da spedire per e-mail: medicoaziendale@gmail.com o via fax al n° 0522/230356

AZIENDA _____

Settore Produttivo: (Attività svolta) _____

Sede Legale: Via _____ CAP: _____ P. IVA: _____

Gruppo di Appartenenza _____ N° PARTECIPANTI _____ al corso di Aggiornamento

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita

Quota di Iscrizione	
N° PARTECIPANTI	COSTO CORSO AGGIORNAMENTO
1	€ 100 + IVA 22%
2	€ 180 + IVA 22%

La quota di iscrizione da versare anticipatamente con Bonifico Bancario

c/o Istituto: CARIPARMA & PIACENZA - AG. DI PONTETARO (PR)

IBAN IT 56 J 06230 65750 000035692830

Specificando nella causale del bonifico nominativo, ditta e tipologia del corso

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

Consulenza di Medicina del lavoro per Aziende

Dott. JEAN PAULIN MBISSOKO

Medico Chirurgo - Specialista in Medicina del Lavoro

Ambulatori: