



Desidero partecipare al Corso:

P.B.L.S.D Paediatric Basic Life Support Defibrillation Laici (on demand)	<input type="checkbox"/>	data_____	65 €
P.B.L.S.D. Laici retraining (on demand)	<input type="checkbox"/>	data_____	50 €
B.L.S.D. Basic Life Support Defibrillation Laici (on demand)	<input type="checkbox"/>	data_____	65 €
B.L.S.D. Laici retraining (on demand)	<input type="checkbox"/>	data_____	50 €

DA RITORNARE COMPILATA a: cemec@iss.sm oppure fax: **0549-903706**

Info corsi: 0549-994535 / 994600 www.cemec-sanmarino.eu

SCHEDA DI REGISTRAZIONE (Si prega di scrivere in stampatello e completare tutti i campi)

COGNOME_____NOME_____

Luogo e data di Nascita_____

QUALIFICA _____

CODICE FISCALE _____

VIA_____N°_____CAP_____

CITTA'_____PROV_____

TEL._____FAX_____CELL._____

E MAIL_____

RICHIESTA FATTURA: (solo ai possessori di P. IVA o C.O.E. per Rep. San Marino)

Intestare fattura a:_____

Indirizzo _____

CAP_____Città_____Prov_____

P.IVA_____

Modalità di Pagamento:

Bonifico Bancario intestato a: CEMEC IBAN: SM 37 L 06067 09801 0000 10151057

Cassa di Risparmio di San Marino agenzia Via O. Scarito, 7- 47893 Borgo Maggiore R.S.M.

(Le quote comprendono l'iscrizione al corso, il materiale didattico, la pause caffè)

Trattamento dati personali:

Io sottoscritto/a_____dichiaro di conoscere le informazioni di cui all'Art.13 e 14 del Reg. UE 679/ 2016 e della Legge 171/2018, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla suindicata normativa e di acconsentire al trattamento- dei dati personali di contatto per l'attività di marketing attraverso l'invio di materiale promozionale inerente ai servizi analoghi a quelli oggetto del rapporto instaurato con il Cemec

presto il consenso

nego il consenso

Firma_____Data_____