

 Medical Point <i>Dott. Michele FUSILLO</i>	FILE	EMISSIONE	REV.	PAGINA
	MR 10 E	08/09/2014	0.0	Pag. 1 di 1
	FOGLIO DELLE PRESENZE CORSO PRIMO SOCCORSO UNI EN ISO 9001			

CORSO DI FORMAZIONE

“ex libretto sanitario”

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

Ragione sociale impresa: _____

Sede _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ fax _____ cellulare _____

Email _____

ATTIVITA' SVOLTA _____

PARTECIPANTI DA ISCRIVERE AL CORSO

Cognome e nome _____ Luogo e data nascita _____

Cognome e nome _____ Luogo e data nascita _____

Cognome e nome _____ Luogo e data nascita _____

Cognome e nome _____ Luogo e data nascita _____

Autorizzo MedicalPoint al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa sulla privacy.

Data _____

Firma

Inviare la scheda di partecipazione a:
MedicalPoint
Via GARGANO, 20 – Via Monfalcone, 17
71043 MANFREDONIA

TEL/FAX 0884/530231

Email : info@medicalpoint.me