

<p align="center"><b>MedicalPoint</b> Via Monfalcone, 17 71043 Manfredonia (FG)</p>	<p align="center"><b>MODULO D'ISCRIZIONE CORSO PRIMO SOCCORSO</b></p>	<p align="center">Tel/fax 0884.530231 filo diretto 328.6098655 info@medicalpoint.me</p>
---	---	---

ISCRIZIONE COLLETTIVA

**NOME AZIENDA/SOCIETA':**

MANSIONI DEI DIPENDENTI :

AMMINISTRATIVI : n° \_\_\_\_\_

OPERAI : n° \_\_\_\_\_

IMPIEGATI TECNICI : n° \_\_\_\_\_

LUOGO DELLA VISITA: Città..... Via..... N.....

PRESSO IL NS. ISTITUTO

PRESSO LA VS. SEDE

DATA VISITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ alle ore .....

NUMERO TELEFONICO PER CONTATTO

PERSONA DI RIFERIMENTO CHE PRENOTA LA VISITA

FIRMA

\_\_\_\_\_

**INVIARE FAX AL n.: 0884 530231 Att.ne Laura Renzulli**