



emergenzepediatriche.com

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

### Corso BLSD

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Invitato da sponsor NO  SI  Azienda \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Disciplina/specializzazione \_\_\_\_\_

Libero professionista  Dipendente  Convenzionato  Altro

Qualifica \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Divisione \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Intestazione ricevuta (se diversa dai dati di iscrizione)

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

#### QUOTA UNICA

(la quota include: certificazione, pocket mask, materiale didattico/manuale, tesserino)

..... euro

Il pagamento avverrà tramite bonifico bancario intestato a:

**Associazione Emergenze Pediatriche**

**IBAN: IT91 U030 6909 6061 0000 0065 812**

**Causale: Rimborso spese corso istruttori \*cognome e nome**

DATA \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

INVIARE IL PRESENTE MODULO COMPLETO IN OGNI SUA PARTE all'indirizzo mail:

**[corsi@emergenzepediatriche.com](mailto:corsi@emergenzepediatriche.com)**