

CEDOLA D'ISCRIZIONE

Nome :	Cognome :	
Data di Nascita :	Luogo di Nascita :	
Città :	Indirizzo Personale :	
E-mail :	C.A.P. :	Provincia :
Telefono/Cellulare :	Cod. Fisc. :	

DESIDERO PARTECIPARE ALLA SESSIONE

A MARZO **B** MAGGIO **C** NOVEMBRE

Prima di effettuare l'iscrizione telefonare o inviare e-mail alla segreteria organizzativa per verificare la disponibilità dei posti

CONFERMO LA MIA ADESIONE AL CORSO PRATICO DI IGIENE ORALE

ACCETTANDO LE CONDIZIONI DEL REGOLAMENTO ARDEC ACADEMY E DICHIARANDO DI ESSERE:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> IGIENISTA DIPLOMATO/A | <input type="checkbox"/> IGIENISTA LAUREATO/A | <input type="checkbox"/> ODONTOIATRA |
| <input type="checkbox"/> STUDENTE CLID | <input type="checkbox"/> STUDENTE CLOPD | |
| <input checked="" type="checkbox"/> DESTRO/A | <input checked="" type="checkbox"/> MANCINO/A | <input checked="" type="checkbox"/> AMBIDESTRO/A |

Data :

Firma :

PER L'ISCRIZIONE SEGUIRE LA SEGUENTE PROCEDURA:

Inviare tramite e-mail ad info@ardec.it la presente cedola compilata e la copia dell'ordine di bonifico bancario a favore di:

Antonella Tani BPER IBAN IT71D053872420000003242987
Causale: Corso Pratico di Igiene Orale (indicare la sessione scelta)

COME È VENUTO/A A CONOSCENZA DI QUESTO CORSO?

INTESTAZIONE FATTURA

Ragione Sociale :	Indirizzo :	
Città :	C.A.P. :	Provincia :
Telefono :	P. IVA :	C.F. :

CODICE SDI o INDIRIZZO PEC per fatturazione Elettronica:

Per informazioni sede Ardec Academy Viale Pascoli 67 47923 Rimini (RN) Tel 0541 393444 - Email: info@ardec.it - www.ariminum.eu



Data e Firma :