



MODULO DI ISCRIZIONE

Corso Aggiornamento Primo Soccorso

Compila il seguente modulo di iscrizione in ogni sua parte ed invialo a mezzo fax al numero +39 049 9408833 o mail all'indirizzo sicurezza@arcadia-consulting.it unitamente alla contabile del pagamento effettuato tramite bonifico bancario.

Data: lunedì 12 novembre 2018

Orario: Corso Aggiornamento 4 ore dalle 14:00 alle 18:00 (aziende classificate categorie B-C)
Corso Aggiornamento 6 ore dalle 09:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 16:00 (aziende classificate categoria A)

Sede: Arcadia Consulting Srl, Via Nicolò Copernico 2B int B1 c/o - Cittadella (PD)

Costo: 80,00 € + 22% IVA (4 ore) a partecipante (aziende classificate categorie B-C)
120,00 € + 22% IVA (6 ore) a partecipante (aziende classificate categoria A)

Modalità di pagamento: Bonifico Bancario anticipato su conto Crédit Agricole Friuladria – IBAN:

COD. PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	C/C
IT	62	Q	05336	60165	000040397832

Agevolazioni: per eventuali agevolazioni attraverso fondi interprofessionali chiamare i nostri uffici al 049-9404427

Partecipante al corso (dati necessari per l'emissione dell'attestato) Azienda Privato

4 ore (aziende classificate categorie B-C) 6 ore (aziende classificate categorie A)

• 1 Nome e Cognome del partecipante: _____

Codice Fiscale: _____ Nato il _____ a _____

Provincia _____ e-mail _____

• 2 Nome e Cognome del partecipante: _____

Codice Fiscale: _____ Nato il _____ a _____

Provincia _____ e-mail _____

• 3 Nome e Cognome del partecipante: _____

Codice Fiscale: _____ Nato il _____ a _____

Provincia _____ e-mail _____

• 4 Nome e Cognome del partecipante: _____

Codice Fiscale: _____ Nato il _____ a _____

Provincia _____ e-mail _____

• 5 Nome e Cognome del partecipante: _____

Codice Fiscale: _____ Nato il _____ a _____

Provincia _____ e-mail _____



Dati dell'azienda per l'emissione della fattura

Ragione sociale _____ Settore _____

N° dipendenti _____

P.IVA _____ C. Fiscale (se diverso da P.IVA) _____

Sede operativa

Indirizzo _____ Città _____

Provincia _____ CAP _____

Sede Legale

Indirizzo _____ Città _____

Provincia _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ Sito web _____

Dati referente dell'azienda

Titolo _____ Nome e Cognome del referente _____

E-mail _____ PEC (Posta Elettronica Certificata) _____ Tel _____

Ho preso visione delle caratteristiche dell'attività formativa descritte sul sito <http://arcadia-consulting.it>, accetto tutte le condizioni sotto indicate e, in particolare, il pagamento della quota di iscrizione per partecipante. A seguito del pagamento sarà emessa regolare fattura.

Condizioni generali di adesione:

- Per conseguire l'attestato è obbligatoria la frequenza al 100% delle ore di durata dell'attività formativa e il superamento del test finale;
- La società si riserva, inoltre, di non attivare i corsi, qualora non venga raggiunto il numero minimo di partecipanti o intervengano cause per le quali può essere compromesso il corretto svolgimento del corso stesso, avvisando i partecipanti iscritti e restituendo eventuali quote versate;
- Nel caso le adesioni superassero il numero massimo stabilito per ciascun corso si farà riferimento all'ordine cronologico di arrivo delle iscrizioni;
- Nel caso di non pervenuta disdetta entro 5 giorni lavorativi prima della data di inizio, sarà trattenuto il 50% della quota di iscrizione. In caso di non pervenuta disdetta due giorni lavorativi prima dell'evento o per mancata partecipazione, verrà trattenuta l'intera quota.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 a tutela della Privacy del cittadino, considerato che Arcadia Consulting utilizza i dati personali dei propri clienti per la gestione amministrativa e l'informazione commerciale, con la presente ne autorizzo il trattamento secondo le procedure interne da questa predisposte.

Data, ____//____//_____

Firma e timbro
