

MODULO DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE IN VIA _____

CITTA' _____ PROVINCIA _____ CAP _____

CELLULARE _____ TELEFONO FISSO _____

EMAIL _____

CODICE FISCALE _____

TITOLO DI STUDIO _____

PROFESSIONE _____

AZIENDA O ENTE DI APPARTENENZA _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

La quota d'iscrizione al corso BLS FOR HEALTHCARE PROVIDERS (HCP, PER OPERATORI SANITARI) CERTIFICATO AHA di **€ 150,00** sarà effettuata al massimo entro 7 giorni dalla data di inizio del corso tramite bonifico bancario (c/c intestato a LA FELUCA Srl, causale "corso BLSD", IBAN IT4810306916326100000010925). **La quota comprende: iscrizione e frequenza corso BLS FOR HEALTHCARE PROVIDERS, manuale studenti BLS HCP AHA, pocket mask, certificato BLS HCP AHA e tesserino HEALTHCARE PROVIDER AHA.** Seguirà emissione di regolare fattura. **Si verrà considerati ufficialmente iscritti al corso esclusivamente dopo il ricevimento del modulo debitamente compilato all'indirizzo fabiofoti66@gmail.com e l'effettuazione contestuale del saldo relativo alla quota d'iscrizione.**

Cancelazioni e variazioni: La Feluca Srl si riserva la facoltà di modificare la data di inizio e di termine corso oppure di rinviare o annullare i corsi programmati dandone tempestivo (fino a 3 giorni lavorativi prima della data stabilita) avviso ai partecipanti.

Data _____

Firma del partecipante _____