

Ragione sociale	Codice Operatore Economico (C.O.E.)
Telefono	E-mail

Tipo corso:	
Nominativo partecipanti:	
Data:	
Orario:	
Sede:	
Costo totale:	

<p>PER LA CONFERMA DELLA PRENOTAZIONE SI PREGA DI INVIARE LA PRESENTE SCHEDA COMPILATA A corsi@igimed.sm E LA DISTINTA DEL BONIFICO EFFETTUATO</p>	<p>COORDINATE BANCARIE Igimed Srl Cassa di Risparmio Repubblica di San Marino Agenzia: Dogana IBAN: SM 53 F 06067 09803 000030150958</p>
--	---

In caso di impossibilità a partecipare al corso prenotato, chiediamo gentilmente un preavviso di almeno cinque giorni lavorativi prima della data del corso. In tal caso sarà possibile il recupero nelle date e orari previsti da calendario IGIMED senza costi aggiuntivi.

IN CASO CONTRARIO SARÀ TRATTENUTO L'INTERO IMPORTO.

Si ricorda che per i lavoratori stranieri che hanno difficoltà nella comprensione della lingua italiana, è indicata la presenza di un collega che provveda alla traduzione.

Informativa completa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli Artt. 13 e 14 L. 171/18 e Reg. UE 2016-679 disponibile su www.igimed.sm/privacy.

San Marino, ___/___/_____

Timbro e firma

Datore di Lavoro/Legale Rappresentante
