|  |
| --- |
| **“INTERNAL AUDITOR OHSAS 18001”**  **DA INVIARE VIA E-MAIL ALL’INDIRIZZO** [**formazione@ecopractice.com**](mailto:formazione@ecopractice.com)  **OPPURE A MEZZO FAX AL NUMERO 06-5894759** |

**Dati del Partecipante**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome\*: |  | | | | Nome\*: |  | | |
| Nato il\*: |  | | a\*: | |  | | Pr\*: |  |
| Residente in\*: |  | | | | | | Civico\*: |  |
| CAP\* |  | Città\*: | |  | | | Pr\*: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Telefono\*: |  | Cell. |  | | Fax\*: |  |
| E-Mail\*: |  | | | | | |
| Società\*: |  | | | Ruolo |  | |
| Enti Esenti o Non Soggetti IVA (rif. Legge) | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data di Partecipazione: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **QUOTA DI ISCRIZIONE:** | **€ 500,00 + IVA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PRE-ISCRIZIONE** |

**La PRE-ISCRIZIONE ha validità fino a 7 giorni lavorativi dalla data del corso e permetterà allo staff di comunicare prontamente ogni variazione ma non verrà considerata vincolante. Vi preghiamo di confermare la prenotazione, tramite comunicazione scritta via e-mail o fax e pagamento della quota di iscrizione, almeno 5 giorni lavorativi prima della data di inizio corso. Per maggiori dettagli vedi le “condizioni di vendita”.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del *D.Lgs n.196/03* |
|  | Presa visione e accettazione delle *condizioni di vendita, del programma, del calendario e delle modalità di iscrizione e partecipazione* |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Dati per il pagamento tramite BONIFICO BANCARIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intestato a: | **ECOPRACTICE SRL** |  | **BANCA POPOLARE DI MILANO** |
| IBAN: | **IT25Q0558403202000000015576** | | |

**Estremi Relativi alla Fatturazione**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ragione Sociale: |  | | | | | | |
| Indirizzo: |  | | | | | Civico: |  |
| CAP |  | Città: |  | | | Pr: |  |
| P. IVA |  | | | C.F. |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Luogo e Data** |  | **Firma per Accettazione** |
|  |  |  |