

CORSO AUDITOR

Marchio Qualità & Benessere MODULO DI ISCRIZIONE

Il/La Sottoscritto/a: _____

Dell'ente: _____

Ruolo: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo e data di nascita: _____

Telefono: _____

Email: _____

Crediti formativi ECM: SI NO

In caso affermativo, professione sanitaria: _____

Chiede di essere iscritto al corso auditor in programma per le date del _____

Il costo di ogni partecipante è di 400,00 € + IVA (se dovuta) mentre è gratuito nel caso di prima adesione della struttura per due operatori individuati dalla stessa.

Data _____

Firma _____

NB: inviare il presente modulo via email all'indirizzo: segreteria@qualita-benessere.it