



TITOLO CORSO SCELTO*	
Data di avvio*	
Sede del corso	Cesena, Via Ravennate, 959

DATI AZIENDA

Ragione sociale azienda*	N. dipendenti	
Sede operativa*		
Sede legale*		
Partita IVA*		
Attività*	Macrosettore di attività (ATECO)*	
Telefono*	Fax	
E-mail azienda	Export/Import	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Nominativo Referente Formazione*	e-mail*	
Nominativo RSPP Aziendale	e-mail	

E-mail per invio fattura:

QUOTA DI ADESIONE* €	+ iva 22%	*Azienda associata Confindustria Romagna	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
-----------------------------	------------------	---	---

PARTECIPANTE 1

*Nome e cognome	*E-mail
*Luogo di nascita	*Ruolo
*Data di nascita	

PARTECIPANTE 2

*Nome e cognome	*E-mail
*Luogo di nascita	*Ruolo
*Data di nascita	

***Campi obbligatori* CLAUSOLE:**

La presente iscrizione ha valore di impegno alla partecipazione ai corsi, a fronte della quale verrà emessa regolare fattura. Assoform Romagna scarl sede di Cesena, si impegna a comunicare entro 5 gg lavorativi eventuali variazioni di calendario o rinvii.

In caso di rinuncia o impossibilità a partecipare, l'azienda o il partecipante si impegnano a informare Assoform Romagna scarl sede di Cesena **entro i 5 giorni antecedenti la data di inizio del corso. Se tali termini non verranno rispettati:**

- **fino a 3 giorni prima dell'inizio del corso sarà fatturato il 50% della quota di iscrizione al corso**
- **nei 2 giorni precedenti l'inizio del corso sarà fatturato l'intero ammontare della quota**

MODALITA' DI PAGAMENTO: Bonifico bancario vista fattura. Intestatario: ASSOFORM ROMAGNA
 IBAN RIVIERA BANCA IT 51 L 08995 24213 000000010608.

Timbro e firma dell'azienda

Luogo e Data _____