

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Ragione sociale e COE
Indirizzo
Telefono
E-mail

<input type="checkbox"/> Formazione Generale	Cliente (rif. contratto sicurezza sul lavoro) Non cliente € 55,00
<input type="checkbox"/> Formazione Antincendio basso rischio	Cliente € 60,00 Non cliente € 66,00
<input type="checkbox"/> Formazione Antincendio medio rischio	Cliente € 95,00 Non cliente € 104,50
<input type="checkbox"/> Aggiornamento Antincendio basso rischio	Cliente € 35,00 Non cliente € 38,50
<input type="checkbox"/> Aggiornamento Antincendio medio rischio	Cliente € 70,00 Non cliente € 77,00
<input type="checkbox"/> Formazione Primo Soccorso	Cliente € 95,00 Non cliente € 104,50
<input type="checkbox"/> Aggiornamento Primo Soccorso	Cliente € 60,00 Non cliente € 66,00

\*il prezzo del corso si intende per ogni partecipante

Data e orario corso
Indicare nome e cognome dei partecipanti al corso
Costo totale

### MODALITÀ DI PAGAMENTO: Bonifico vista fattura al momento della prenotazione

Igimed Srl - Banca Agricola Commerciale  
IBAN SM55D0303409804000040118854

**IGIMED procederà all'emissione della fattura al momento della ricezione della scheda di iscrizione. La prenotazione verrà confermata solo a pagamento avvenuto. Diversamente non sarà possibile partecipare al corso.**

Note. In caso di impossibilità a partecipare al corso prenotato, chiediamo gentilmente un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi prima della data confermata. In tal caso sarà possibile il recupero nelle date e orari previsti da calendario IGIMED senza alcun costo aggiuntivo. **In caso contrario sarà richiesto 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; tale forma di assistenza verrà verbalizzata il giorno del corso.

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](http://www.igimed.sm/privacy).

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Datore di Lavoro/Legale rappresentante

\_\_\_\_\_