

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

Tipologia corso e prezzo	Indicare data e nominativo dei partecipanti
<input type="checkbox"/> Formazione Generale (3 ore) <i>Cliente (rif. contratto sicurezza) Non cliente € 55,00</i>	
<input type="checkbox"/> Attività d'ufficio (2 ore) <i>Cliente € 40,00 Non cliente € 50,00</i>	
<input type="checkbox"/> Rischio macchine e attrezzature (2 ore) <i>Cliente € 40,00 Non cliente € 50,00</i>	
<input type="checkbox"/> Dispositivi Protezione Individuale DPI (3 ore) <i>Cliente € 55,00 Non cliente € 65,00</i>	
<input type="checkbox"/> Carrelli elevatori (2 ore) <i>Cliente € 40,00 Non cliente € 50,00</i>	
<input type="checkbox"/> Rischio chimico (2 ore) <i>Cliente € 40,00 Non cliente € 50,00</i>	
<input type="checkbox"/> Rischi parrucchieri-estetiste (2 ore) <i>Cliente € 40,00 Non cliente € 50,00</i>	

Modalità di pagamento

<p>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.</p>	<p>BONIFICO VISTA FATTURA AL MOMENTO DELLA PRENOTAZIONE Igimed Srl Cassa di Risparmio della 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 3-4 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 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.

San Marino, ___/___/_____

Timbro e firma
 Datore di Lavoro/Legale Rappresentante

