

SCHEDA DI PRE-ISCRIZIONE

TITOLO DEL CORSO/EVENTO _____ Data avvio corso (prevista) _____
TIPOLOGIA DI UTENTE <input type="checkbox"/> Azienda <input type="checkbox"/> Libero Professionista/Artigiano <input type="checkbox"/> Pubblica Amministrazione <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Dipendente presso azienda privata <input type="checkbox"/> Dipendente presso Pubblica Amministrazione <input type="checkbox"/> Altro
DATI PER LA FATTURAZIONE (in caso di iscrizione effettuata da un'Azienda per i propri dipendenti o da possessori di P.IVA, Pubbliche Amministrazioni e Ditte individuali)
Ragione Sociale/Denominazione _____ Indirizzo sede legale, Comune _____ P.IVA _____ Codice Fiscale _____ Codice destinatario per fattura elettronica e/o PEC _____ Referente _____ Tel/Cell _____ Fax* _____ Codice ATECO primario _____ e-mail* _____ * ATTENZIONE: tutte le comunicazioni relative al corso saranno inviate all'indirizzo e-mail o al fax indicato
DATI DEL PARTECIPANTE n. 1 (in caso di iscrizioni multiple da parte di un'Azienda/Ente, compilare una casella per ciascun partecipante)
Nome _____ Cognome _____ Luogo e data di nascita _____ C.F. _____ Mansione lavorativa _____ e-mail _____ Tel/Cell _____
DATI DEL PARTECIPANTE n. 2 (in caso di iscrizioni multiple da parte di un'Azienda/Ente, compilare una casella per ciascun partecipante)
Nome _____ Cognome _____ Luogo e data di nascita _____ C.F. _____ Mansione lavorativa _____ e-mail _____ Tel/Cell _____
DATI DEL PARTECIPANTE n. 3 (in caso di iscrizioni multiple da parte di un'Azienda/Ente, compilare una casella per ciascun partecipante)
Nome _____ Cognome _____ Luogo e data di nascita _____ C.F. _____ Mansione lavorativa _____ e-mail _____ Tel/Cell _____

(la parte sottostante deve essere compilata solo in caso di partecipazione di lavoratori stranieri)

Il sottoscritto _____ **in qualità di Datore di lavoro dell'Azienda sopra citata, dichiara che, nel caso di partecipanti stranieri, essi comprendono la lingua italiana utilizzata per l'erogazione del servizio offerto. In caso contrario, si prega di segnalare per tempo tale condizione.**

Data

Firma

Sede legale e operativa:
Via Roma, 20 | 34170 Gorizia
tel. 0481.30823 | fax. 0481.33121

Sede operativa Monfalcone:
Via Bagni, 25 | 34074 Monfalcone

Web: www.salusfvg.it
P.E.C.: salus@oipec.it

Recapiti mail:
Direzione: direzione@salusfvg.it
Medicina del lavoro: ufficiosanita@salusfvg.it
Sicurezza sul lavoro: salus@salusfvg.it
Corsi di formazione: formazione@salusfvg.it
Amministrazione: ufficioamministrazione@salusfvg.it
Capitale Sociale € 15.600,00
C.F. | P.IVA | Reg. Imprese GO: 00494900319

Certificazioni:



UNI EN ISO 9001:2015

CONDIZIONI DEL CONTRATTO DI ISCRIZIONE

Per motivi gestionali ed organizzativi l'iscrizione si riterrà valida se perverrà, anticipatamente o il giorno stesso di avvio del corso, la conferma di pagamento della quota prevista. La partecipazione al corso è pertanto subordinata al saldo della quota d'iscrizione.

Salus Srl si riserva la facoltà, nel caso non si raggiunga un numero minimo di iscrizioni, di annullare o posticipare il corso, dandone tempestiva comunicazione al cliente.

Chi intenda esercitare il diritto di recesso (ai sensi dell'art. 4 della legge 15/01/92 n. 50), deve darne comunicazione scritta entro 5 giorni dalla data di inizio corso all'indirizzo formazione@salusfvg.it; in caso contrario, la quota di partecipazione già corrisposta verrà fatturata ugualmente e sarà mantenuto il diritto dell'iscritto a partecipare all'edizione successiva del corso stesso.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento, tramite una delle seguenti modalità, deve essere effettuato solo a seguito di nostra comunicazione di avvio del corso, che avverrà al raggiungimento di un numero minimo di partecipanti.

- Contanti** oppure **tramite POS** presso il nostro ufficio amministrazione
- Bonifico bancario** sul C/C aperto presso la **Banca Intesa Sanpaolo** intestato a Salus S.r.l. (IBAN: **IT14G030691249910000004087**), entro i 3 giorni precedenti l'inizio del corso, riportando la seguente causale: **Iscrizione n. persone al (indicare il titolo del corso)**

Inviare copia del bonifico all'indirizzo di posta elettronica formazione@salusfvg.it oppure ufficioamministrazione@salusfvg.it

Data

Firma

AUTORIZZAZIONE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le informazioni contenute nella presente comunicazione e i relativi allegati possono essere riservate e sono, comunque destinate esclusivamente alle persone o alle Società sopraindicate. La diffusione, distribuzione ovvero la copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibito ai sensi della normativa privacy in vigore. Se avete ricevuto questo messaggio per errore, vi preghiamo di distruggerlo e di informarci immediatamente per telefono 0481.30823 o mezzo email direzione@salusfvg.it.

Data

Firma

Sede legale e operativa:
Via Roma, 20 | 34170 Gorizia
tel. 0481.30823 | fax. 0481.33121

Sede operativa Monfalcone:
Via Bagni, 25 | 34074 Monfalcone

Web: www.salusfvg.it
P.E.C.: salus@oipec.it

Recapiti mail:
Direzione: direzione@salusfvg.it
Medicina del lavoro: ufficiosanita@salusfvg.it
Sicurezza sul lavoro: salus@salusfvg.it
Corsi di formazione: formazione@salusfvg.it
Amministrazione: ufficioamministrazione@salusfvg.it
Capitale Sociale € 15.600,00
C.F. | P.IVA | Reg. Imprese GO: 00494900319

Certificazioni:

