SCHEDA DI ISCRIZIONE

da inviare compilata con la ricevuta di bonifico e, solo per CHIRURGO, la copia dell'assicurazione professionale all'indirizzo email:
corsi@sanrossoredental.it

Titolo, Nome e Cognome
_____

Nato a _____
il _____

Indirizzo _____

Telefono _____
E-mail _____

Partita I.V.A. _____
Codice Fiscale _____

Se Società

Ragione Sociale _____
Cod. Dest._____