

**CORSO DI PRONTO SOCCORSO PER LE AZIENDE**  
**OBBLIGATORIO EX. D.LGS. 626/94 E D.M. 388/03**

Martedì 04 ottobre 2005 ore 16.00

DOVE SI TERRÀ IL CORSO

*Momis srl*

Zona Industriale Alpago  
Via dell'industria n. 8  
32010 **Pieve d'Alpago** (BL)

COSTO DEL CORSO

€ 120,00 + IVA 20% a partecipante per 16 ore

Si accettano pagamenti con assegni non trasferibili o con Bonifico Bancario intestati a:

Momis srl  
Popolare di Vicenza | C/C 61057359901 | ABI 05728 | CAB 88250 |

DURATA 16 ORE

martedì **04 ottobre** dalle ore 16.00 alle ore 20.00

venerdì **07 ottobre** dalle ore 16.00 alle ore 20.00

martedì **11 ottobre** dalle ore 16.00 alle ore 20.00

venerdì **14 ottobre** dalle ore 16.00 alle ore 20.00

PARTECIPANTI

Il corso verrà erogato solo al raggiungimento di minimo **20 partecipanti**.

In caso di mancato raggiungimento del numero minimo di partecipanti, tutti gli iscritti saranno avvisati tempestivamente.

IL CORSO SARÀ TENUTO DA MEDICI DEL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE E PERSONALE **S.P.I.S.A.L.**

SI RILAScerà VALIDO ATTESTO DI FREQUENZA AL TERMINE DEL CORSO.

**Per informazioni tel. 0437989361**

**COMPILARE E INVIARE IL MODULO DI ADESIONE AL FAX 0437989682**

LE ISCRIZIONI SONO APERTE FINO AL 23 SETTEMBRE 2005 ALLE ORE 17.00

Modulo identificativo per partecipare al corso di pronto soccorso e consenso al trattamento dei dati.

Nome/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Ho eseguito il bonifico bancario  
(allego copia bonifico)

Pago con assegno non trasferibile

Persona di riferimento \_\_\_\_\_

I dati dell'interessato, saranno utilizzati per le finalità di cui sopra nelle modalità e nel rispetto delle prescrizioni di cui al D.Lgs 196/2003 (Codice Privacy). Titolare del trattamento è MOMIS srl, Via dell'industria 8 - 32010 Pieve d'Alpago (BL). L'interessato potrà rivolgersi al Titolare per ottenere le informazioni previste dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003.

Il sottoscritto nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_, in qualità di conferente l'incarico, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati che lo riguardano, con particolare riferimento ai cosiddetti dati "sensibili".

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del cliente conferente l'incarico

\_\_\_\_\_