

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

da inviare compilata e sottoscritta via  
mail a: [info@lab4laser.com](mailto:info@lab4laser.com)

## CORSO DI FORMAZIONE SULLA SICUREZZA PER L'IMPIEGO DI LASER AD USO MEDICO, DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO

IL / LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME .....

NOME.....

NATO A .....

IL .....

COD. FISCALE .....

RAGIONE SOCIALE .....

.....

VIA .....

CAP .....

CITTA' .....

PARTITA IVA .....

TEL .....

CELL .....

E-MAIL .....

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO/A AL CORSO  
CHE SI TERRÀ A:

.....

IL .....

FIRMA PER ACCETTAZIONE

.....

Modalità di pagamento: **Bonifico anticipato**

Intestato a: **LAB4LASER Srls**

IBAN: **IT 11 C 02008 66700 000105244880**

Inviare copia bonifico a: **info@lab4laser.com**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali  
ai sensi della legge sulla privacy n° 675 del  
31/12/96

Data.....

Firma .....