



Titolo del corso: **Corso per la qualifica di "Auditor Interno di Sistemi di Gestione del Pest Control nell'industria alimentare"**

COGNOME _____

NOME _____

VIA _____

CITTA' _____ CAP _____ PROV _____

TEL _____ CELL _____

EMAIL _____

AZIENDA (se presente) _____



INFORMAZIONI

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

**Versamento su c/c intestato a Check Fruit S.r.l.
presso UNICREDIT BANCA S.p.A.**

FILIALE: BOLOGNA

IBAN:

IT 14 E 02008 02435 000003000014

QUOTA _____

- L'avvenuto pagamento (ricevuta bonifico) deve essere trasmesso almeno **5 giorni prima dell'inizio del corso**, via mail. I **referimenti (telefono e email) sono riportati a pagina 2, nella sezione INFORMAZIONI.**
- In caso di rinunce verrà rimborsata la quota di iscrizione PREVIA comunicazione per iscritto almeno tre giorni prima dell'inizio del corso
- **In caso di insufficiente numero di iscritti il corso potrà essere annullato e sarà restituita la quota versata.**
- Alla fine del corso verrà rilasciato un attestato di qualifica, previo superamento dell'esame finale.

www.checkfruit.it

RICHIESTA DATI COMPLETI PER LA FATTURAZIONE

Nome e Cognome o Ragione Sociale _____

Indirizzo (sede legale o residenza) _____

CAP, Città _____

Partita Iva _____

Codice Fiscale _____

PEC per invio fattura _____

Codice SDI _____

BANCA D'APPOGGIO PER RICEVUTA BANCARIA (se presente)

Istituto bancario _____

Codice ABI _____

Codice CAB _____

Check Fruit srl tratta i dati personali in conformità al Reg. UE 679/2016. Informativa privacy disponibile sul sito web www.checkfruit.it

Luogo e Data

Timbro e Firma
