



**Desidero partecipare al Corso:**

<b>P.B.L.S.D Paediatric Basic Life Support Defibrillation Laici</b> <b>on demand</b> (comunicheremo le date)	<input type="checkbox"/>	65 €
<b>B.L.S.D. Basic Life Support Defibrillation Laici</b> <b>on demand</b> (comunicheremo le date)	<input type="checkbox"/>	65 €

**DA RITORNARE COMPILATA a:** [cemec@iss.sm](mailto:cemec@iss.sm) oppure fax: **0549-903706**  
Info corsi: 0549-994535 / 994600 [www.cemec-sanmarino.eu](http://www.cemec-sanmarino.eu)

**SCHEDA DI REGISTRAZIONE** (Si prega di scrivere in stampatello e completare tutti i campi)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Luogo e data di Nascita \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E MAIL \_\_\_\_\_

**Stato vaccinale anticovid:**  tessera  certificato

***RICHIESTA FATTURA: (solo ai possessori di P. IVA o C.O.E. per Rep. San Marino )***

Intestare fattura a: \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

P.IVA \_\_\_\_\_

**Modalità di Pagamento:**

**Bonifico Bancario intestato a: CEMEC IBAN: SM 37 L 06067 09801 0000 10151057**

**Cassa di Risparmio di San Marino agenzia Borgo Maggiore Via O. Scarito,7- 47893 Borgo Maggiore R.S.M.**

Le quote comprendono l'iscrizione al corso, il materiale didattico, la pause caffè.

**Trattamento dati personali:**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di conoscere le informazioni di cui all'Art.13 e 14 del Reg. UE 679/ 2016 e della Legge 171/2018, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dalla suindicata normativa e di acconsentire al trattamento- dei dati personali di contatto per l'attività di marketing attraverso l'invio di materiale promozionale inerente ai servizi analoghi a quelli oggetto del rapporto instaurato con il Cemec

presto il consenso

nego il consenso

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_