



SCUOLA DI ECOGRAFIA DI BASE S.I.U.M.B.

FORM PER ISCRIZIONE I CORSO SCUOLA DI ECOGRAFIA DI BASE S.I.U.M.B.

Cognome				Nome			
Data nascita			Luogo nascita				
Residente a				Provincia		Cap	
Via						Numero civico	
Telefono			e-mail				
Pec				Codice fiscale			
Professione							
<input type="checkbox"/> specializzando/a in _____ presso _____ Anno _____							
Iscritto SIUMB <input type="checkbox"/> dal _____ non iscritto SIUMB <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in possesso dell'Attestato Teorico SIUMB conseguito il _____							

AZIENDA O ENTE DI APPARTENENZA

Nome Azienda							
Città				Provincia		CAP	
Via						n.civico	
telefono				Fax			

DATI PER FATTURAZIONE

Intestazione fattura							
Indirizzo fiscale							
Città				Provincia		cap	
Codice fiscale o partita IVA							
Codice destinatario SDI				pec			