ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI SALERNO

Modulo di iscrizione

Corso di formazione BLS-D OPI Salerno

Cognome e nome……

Luogo e data di nascita……Ruolo……..

Indirizzo:…… ……Città……..CAP……

C. F……

e-mail……tel……..Tessera Iscr. N……..

☐ **09 marzo 2019** – presentazione domanda entro il **03 Marzo 2019**

☐ **30 marzo 2019** – presentazione domanda entro il **23 Marzo 2019**

(Porre crocetta sulla data prescelta)

Allegare alla presente domanda ricevuta di versamento di **€ 45,00 (Quarantacinque/00)** da effettuare su:

IBAN: **IT40F0760115200000012242848**
o
C/C Postale: **12242848**

con Causale **"Corso BLSD + (data scelta)"**.

DATA……..

FIRMA