

Nº REGISTRO		CÓDIGO CURSO	
-------------	--	--------------	--



Fecha de inscripción:

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
ALÉRGENOS
PALMA 2019**

Por favor cumplimente todos los campos de esta solicitud. Una vez debidamente cumplimentada remítala por correo electrónico a formacion@sbprevencion.com.

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre de la empresa / particular	<input type="text"/>	N.I.F./C.I.F	<input type="text"/>
Trabajador por cuenta ajena	<input type="checkbox"/>	Autónomo	<input type="checkbox"/>
		Desempleado	<input type="checkbox"/>
Convenio:	<input type="checkbox"/> Construcción	<input type="checkbox"/> Metal	Otro <input type="text"/>
Dirección postal	<input type="text"/>		Localidad <input type="text"/>
CP	<input type="text"/>	Teléfono de contacto	<input type="text"/>
		Fax	<input type="text"/>
Correo electrónico	<input type="text"/>		Persona de contacto <input type="text"/>

Nota importante: Deben rellenarse todos lo campos solicitados

FECHAS DE IMPARTICIÓN

MES	DÍAS	HORARIO	INDIQUE EL CURSO ELEGIDO
FEBRERO	07/02/2019	DE 10:00 A 12:00	<input type="checkbox"/>
ABRIL	04/04/2019	DE 10:00 A 12:00	<input type="checkbox"/>
JUNIO	06/06/2019	DE 10:00 A 12:00	<input type="checkbox"/>
JULIO	04/07/2019	DE 10:00 A 12:00	<input type="checkbox"/>
SEPTIEMBRE	05/09/2019	DE 10:00 A 12:00	<input type="checkbox"/>
NOVIEMBRE	07/11/2019	DE 10:00 A 12:00	<input type="checkbox"/>

