

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO
CONTROLLO DI GESTIONE**

DURATA: 8 ORE in presenza o webinar

DATI PERSONALI DEL PARTECIPANTE

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita: _____ Cod. Fisc. _____

Residenza: Via _____ Città _____ Prov. _____ Cap. _____

Tel. _____ e-mail _____

Ruolo ricoperto in azienda: _____

Inquadramento: _____

DATI DELL'AZIENDA

Ragione sociale _____

Sede Legale: _____

Via _____ Città _____ Prov. _____ Cap. _____

Cod. Fisc. _____ P. Iva _____

Tel. _____ Fax. _____ e-mail _____ pec _____

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Tariffa € ~~350,00~~

Tariffa scontata a persona € 190,00