

Alla Prof.ssa Gilda CINNELLA

Presidente Centro Dipartimentale di Formazione Capitanata
Segreteria Tecnico-Scientifica
Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione
Università degli Studi di Foggia
Ospedali Riuniti di Foggia
viale Pinto – 71122 Foggia

Email: cdfcapitanatafoggia@gmail.com

OGGETTO: richiesta preventivo per svolgimento del Corso di _____

Il sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
Cognome e Nome

nella sua qualità di rappresentante legale _____
Denominazione e ragione sociale

con sede legale a _____ C.F. _____ P.IVA _____

CHIEDE UN PREVENTIVO

per lo svolgimento di n. _____ corso/i di _____ per un numero
tipologia corso

di discenti pari a _____ unità, da svolgersi presumibilmente nel mese di _____

Data _____

Per contatti: Tel.: _____

E-mail: _____

In stampatello

In fede

firma del rappresentante legale