



FICHA DE INSCRIPCIÓN

A: DTS OABE S.L.

Fax: 94 633 95 82

Attn: Iratxe de Diago

EMPRESA:		CIF/NIF:
DIRECCIÓN:		
C.P.:	POBLACION:	PROVINCIA:
TELF.:	FAX:	e-mail:

CURSO: “SISTEMA DE CONTROL DE INSECTOS HEMATÓFAGOS VOLADORES”

LUGAR Y FECHA: (seleccione el que proceda)

SEVILLA – 1 de ABRIL

MADRID – 2 de ABRIL

BARCELONA – 3 de ABRIL

HORA: 9:30 horas

PRECIO: 60 euros/asistente

FORMA DE PAGO: Transferencia bancaria. Caja Laboral Popular c/c: 3035 0083 21 0830088001

RECUERDE ENVIAR COPIA DE LA TRANSFERENCIA JUNTO CON LA INSCRIPCIÓN

ASISTENTES:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	CARGO

Fecha y Firma: