



Modulo d'iscrizione al corso

Informazioni sul corso

Corso: _____
Data del corso: _____
Luogo: _____

Informazioni sul salone

Nome salone: _____
Membro Coiffure Suisse: Si No
Via / N°.: _____ Cap / Località: _____
Responsabile: _____
Telefono: _____ E-Mail: _____

Vi preghiamo di inserire tutti i dati riguardante il salone in modo da poterla contattare in caso servano chiarimenti in fase di iscrizione!

Partecipanti al corso

Signora Signor impiegato Si No Versa i contributi ai costi di esecuzione: Si No
Cognome: _____ Nome: _____
Via / N°.: _____ CAP / Località _____
Telefono / Cellulare: _____ E-Mail: _____

Signora Signor impiegato Si No Versa i contributi ai costi di esecuzione: Si No
Cognome: _____ Nome: _____
Via / N°.: _____ CAP / Località _____
Telefono / Cellulare: _____ E-Mail: _____

La presente iscrizione ha carattere vincolante. In caso di disdetta pervenutaci dopo il terzo giorno lavorativo precedente al corso verrà applicata una tassa di cancellazione pari a CHF 80.-- per ciascun partecipante. Solo in caso di malattia/infortunio con presentazione di certificato medico o di altre assenze per le quali la persona non è responsabile si potrà rinunciare ad applicare la tassa di cancellazione.

Con la mia firma confermo la veridicità delle informazioni sopra riportate.

Luogo, Data

Firma, Timbro aziendale

Vi preghiamo di inviare il presente modulo debitamente compilato al seguente indirizzo:

CP Coiffure, Radgasse 3, Casella postale, 8021 Zurigo

info@pk-coiffure.ch