Paritätische Kommission für das schweizerische Coiffeurgewerbe
Commission paritaire du métier de coiffeur de la Suisse
Commissione paritetica per la professione di parrucchiere nella Svizzera

Modulo d'iscrizione al corso (si prega di compilare in modo leggibile)

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 oppure a **info@pk-coiffure.ch** (si prega di inviare documento leggibile, ad esempio PDF)