



S.P. Dental Supplies s.r.l.
Via Fiuggi 2, 20159 Milano (MI) - Tel. 02 66809724
contact@spdental.com - www.spdental.com

MODULO DI ISCRIZIONE

“MASTER COURSE – CERABIEN ZR”

C/O Centro Corsi del laboratorio Odontocap
Cusano Milanino - via Alessandrina 45/A

- **RAGIONE SOCIALE (scrivere in stampatello)**

- **NOME E COGNOME (scrivere in stampatello)**

- **PARTITA IVA (11 CARATTERI COMPRESI EVENTUALI ZERI INIZIALI)/CODICE FISCALE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- **RECAPITO TELEFONICO**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- **INDIRIZZO MAIL – PEC (scrivere in stampatello)**

Vi chiediamo di farci pervenire via mail all'indirizzo contact@spdental.com il modulo debitamente compilato, timbrato e firmato.

Per eventuali ulteriori informazioni, Vi invitiamo a contattare il numero 335/5860600 (Paolo Ravedone).

Data del Corso da definirsi. La data verrà comunicata agli iscritti al raggiungimento del numero minimo previsto.

Firma e Timbro
