

Nº REGISTRO		CÓDIGO CURSO	
-------------	--	-----------------	--

Fecha de inscripción: ...../...../.....

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN JORNADAS

### DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa.....N.I.F/C.I.F.....
Dirección de la empresa:.....Localidad:.....
Teléfono de contacto:.....Fax:.....Persona de contacto:.....
Correo electrónico: .....
Técnico asignado:.....

Una vez enviada la solicitud quedarán automáticamente inscritos en las sesiones elegidas. Sólo en caso que los cursos seleccionados estén completos o anulados Servicio Balear de Prevención se pondrá en contacto con la empresa para modificar la solicitud

### DATOS DEL CURSO

CURSO	FECHA	LOCALIDAD

### DATOS DE LOS ASISTENTES

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI

Como comprobante de su inscripción a los cursos, guarde el justificante de envío por fax hasta la recepción del certificado de formación.

Para cualquier aclaración que precisen, pueden contactar con su técnico de prevención o con el área de formación.