

BOLETIN DE PREINSCRIPCIÓN

CURSO DE CERTIFICACIÓN EN CINEANTROPOMETRÍA ISAK. Nivel 2

FECHA Y LUGAR DE OBTENCIÓN NIVEL 1.....

Nombre :

Apellidos:.....

DNI:

Dirección:

Localidad:.....

CP:.....

Teléfono:

E-mail:.....

Titulación:

Fecha:

Firma:

Procedencia:

INEF

MAESTRO EF

MEDICINA

NUTRICIÓN

ENFERMERIA

FISIOTERAPIA

OTROS:

Enviar a: feuz@feuz.es

Junto con el justificante de pago a la cuenta:

IBAN: ES42 2085 5211 1703 3095 0815

SWIFT: CAZRES2Z

IberCaja Banco, oficina 5211

Gran Vía 52, 50005 Zaragoza (España)

ATENCIÓN: el certificado del curso será enviado a la dirección indicada en esta inscripción.

Si desea factura, por favor, indique en el email los datos completos de la empresa: Nombre, dirección postal y CIF.