**tagliando d’iscrizione**

Vogliate utilizzare un tagliando per ogni corso e per persona e si prega di menzionare sull’iscrizione tutte le persone che si iscrivono. La fattura sarà inviata alla prima società fiduciaria menzionata.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ragione sociale | : |        |
| Nome e cognome | : |        |
| Indirizzo | : |       |
| CP, luogo | : |       |
| Telefono | : |       |
| E-Mail | : |       |

**Corso di base LRD**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Data** |  | **Luogo** | **Orario** |
| [ ]  | 13.09.2023 | d | Zurigo | Al pomeriggio |
|  |
| [ ]  | 18.10.2023 | f | Losanna | Al pomeriggio |
|  |
| [ ]  | 23.11.2023 | **i** | Cadempino  | Al mattino |

**corso di formazione continua lrd**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Data** |  | **Luogo** | **Orario** |
| [ ]  | 04.10.2023 | d | Berna | Al pomeriggio |
| [ ]  | 22.11.2023 | d | Zurigo | Al pomeriggio |
| [ ]  | 29.11.2023 | d | Pfäffikon SZ  | Al pomeriggio |
| [ ]  | 13.12.2023 | d | Zurigo | Al pomeriggio |
|  |
| [ ]  | 19.10.2023 | f | Losanna | Al mattino |
| [ ]  | 15.11.2023 | f | Ginevra | Al pomeriggio |
|  |
| [ ]  | 23.11.2023 | **i** | Cadempino | Al pomeriggio |

*Ho letto e accetto le condizioni di iscrizione*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Luogo, data** | **:** | **Firma:** |
|       |  |  |

Inviare per posta o email o fax a

OAD-FIDUCIARI|SUISSE, Monbijoustrasse 20, Casella postale, 3001 Bern – oad@fiduciarisuisse.ch – 031 380 64 31