

Modulo di iscrizione al corso **ArcGIS Spatial Analyst**
che si tiene in data _____

Informazioni del partecipante

Nome e Cognome: _____

Società e Ente di appartenenza: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Località: _____ Prov. _____

Recapiti telefonici: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Dati per la fatturazione (* compilare solo se diversi dai precedenti)

Società e Ente di appartenenza*: _____

Indirizzo*: _____

CAP*: _____ Località*: _____ Prov*: _____

Partita IVA: _____ Codice Fiscale: _____

Costo intero del corso: € 700,00 + IVA

Importo da versare: _____ (Per costi diversi da quello stabilito indicare la motivazione)

Indicare la motivazione: _____

Modalità di pagamento

Al momento della registrazione tramite assegno bancario a favore di Sistemi Territoriali S.r.l.

Tramite Bonifico Bancario a favore di Sistemi Territoriali S.r.l.

Unicredit S.p.A.

CIN P ABI 02008 CAB 14006 C/C 000005062886

IBAN: IT 41 P 02008 14006 000005062886

Altro: _____

Data: _____

Firma: _____