

FORMULARIO DE PEDIDO

IMPORTE	
FECHA DE INSCRIPCIÓN	
F. NACIMIENTO	
NOMBRE	
APELLIDOS	
D.N.I.	
CATE. PROFESIONAL*	
E-MAIL	
MÓVIL	
DIRECCIÓN	
CODIGO POSTAL	
LOCALIDAD	
PROVINCIA	

***CATEGORÍA PROFESIONAL A LA QUE IRÁN DIRIGIDOS LOS CURSOS**

***TODOS NUESTROS CURSOS TIENEN UNA DURACIÓN DE 125 HORAS**

SOLICITO EL ENVÍO DE LOS SIGUIENTES CURSOS:

1 →
2 →
3 →
4 →
5 →
6 →
7 →
8 →
9 →
10→

Nº DE CUENTA	ES-39 0237 0708 0091 7087 2425 CAJA SUR
OBSERVACIONES	
INSTRUCCIONES	UNA VEZ RELLENO, ENVIAR JUNTO AL JUSTIFICANTE DE PAGO A: CURSOS@SINFSA.COM



**INSCRITA EN EL REGISTRO NACIONAL DE ASOCIACIONES: 1ª / NÚMERO NACIONAL: 612471 ESTATUTOS DE SINFS A,
ARTICULO 3, APARTADO H. PROMOVER, FOMENTAR Y ORGANIZAR FORMACIÓN REGLADA Y NO REGLADA**