

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos y Nombre _____

Dirección: _____

CP: _____ **Ciudad:** _____

NIF: _____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Titulación: _____

Situación Laboral _____

Empresa: _____

Centro de Trabajo: _____

Área de Trabajo: _____

Puesto de Trabajo: _____

Nº Colegiado en Madrid: _____

Los interesados deberán realizar el pago indicado en el siguiente número de cuenta:
2038 - 2727 - 22 - 6000013923, indicando la referencia: Jornada Riesgos Posteriormente
deberá enviarse el justificante de pago, junto con los datos personales, al siguiente nº de
fax: 915472284 o bien escaneado por correo electrónico a: formacion@cop.es