



FULL DE PREINSCRIPCIÓ PER NO ASSOCIATS (només infermeres)

NOM: .....

COGNOMS: .....

ADREÇA: .....

LLOC DE TREBALL: .....

TORN DE TREBALL: .....

TELÈFON: .....

ADREÇA ELECTRÒNICA: .....

NOM DEL CURS:

1. ....

2. ....

3. ....

Firma