

Luogo e data

Spett.le
Ordine dei Medici Veterinari della
Provincia di PAVIA
Privata Strada Campeggi, 61
27100 - Pavia

Domanda d'Iscrizione al Corso:

.....

.....

del:

.....

da inviare esclusivamente via e-mail all'indirizzo: **info@veterinari.pv.it** entro il:

.....

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa:

nato/a a: prov./stato: il:

residente in (località): prov: cap:

via: n.ro:

telefono: e-mail:

Iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Veterinari di: al N.:

CHIEDE

di partecipare al corso sopraindicato che si terrà in:

.....

firma

.....