



**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI
CONTABILI DI PAOLA**

SCHEDA ADESIONE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residenza _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel _____ Fax _____ Cell. _____

Email _____

Iscritto all'ODCEC di _____ al N. _____ con anzianità _____

CHIEDE

di essere prenotato al/ai seguenti corsi:

1 - **“LA REVISIONE NEGLI ENTI LOCALI”** (5 ORE) – 5 C. F. – 30 OTTOBRE 2015

2 - **IL PROCESSO DI ARMONIZZAZIONE DELLA CONTABILITA' DI CUI AL D.LGS. N.118/2011 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI** (5 ORE) - 5 C. F. – 14 NOVEMBRE 2015

consapevole che:

- la prenotazione dovrà essere inviata solo a mezzo e-mail all'indirizzo info@odcecpaola.it;
- la presenza al corso, è obbligatoria a pena di esclusione;
- la quota di partecipazione del singolo corso è di € 30,00 ;
- il pagamento della quota può essere effettuato tramite contanti entro 3gg dall'iscrizione.

Dichiarante

_____ si autorizza al trattamento dei dati D.Lgs 196/2003