

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

EMPRESA A LA QUE PERTENECE: _____

CARGO QUE OCUPA: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____ E-MAIL: _____

PÁGINA WEB: _____

Cursos en los que está interesado/a de nuestro Dossier: (si el curso que necesita, no se encuentra en el catálogo adjunto, especifique, por favor, los cursos en los que estaría interesado):

DURACIÓN DESEADA: _____

MODALIDAD:

- PRESENCIAL TELEFORMACIÓN MIXTA

NÚMERO DE ALUMNOS PARTICIPANTES: _____

FECHAS DE IMPARTICIÓN APROXIMADA: _____

HORARIO O TURNO DE PREFERENCIA: _____

LUGAR DE IMPARTICIÓN:

- INSTALACIONES DE LA EMPRESA
 AULAS DEL CENTRO DE FORMACIÓN

OBSERVACIONES:

FECHA: _____