******FECHA DEL CURSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /20\_\_\_ TURNO: M**

**Rellenar por el Centro**

CUMPLIMENTAR EN EL JUSTIFICANTE BANCARIO:

1-DATOS BANCARIOS:

CONCEPTO: ***GESTIÓN DE ALÉRGENOS EN HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN***

2-CUMPLIMENTAR DATOS PERSONALES:

-Nombre y apellidos:

-D.N.I:

-Teléfono/s de contacto:

-JUSTIFICANTE DE PAGO (**adjuntar a la solicitud junto a este impreso cumplimentado**)

-Entidad*:* ***Caja Siete***![MP900433044[1]]() Nº de CUENTA:ES85 3076 0450 4022 5248 2316IMPORTE: **10,00 €**

**---------------------------------------------------------------------------------------**

|  |
| --- |
|  |

**RESGUARDO**

-Nombre y apellidos:

-FECHA DEL CURSO:\_\_\_\_­\_\_\_ \_/ \_\_\_\_ /20\_\_ TURNO : M

**CURSO: GESTIÓN DE ALÉRGENOS EN HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN**

**TELÉFONO DE CONTACTO: 922 53 27 60**

**formacion@sociedad-desarrollo.com**

Rev3.14/12/2016

******FECHA DEL CURSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /20\_\_\_ TURNO: M**

**Rellenar por el Centro**

CUMPLIMENTAR EN EL JUSTIFICANTE BANCARIO:

1-DATOS BANCARIOS:

CONCEPTO: ***GESTIÓN DE ALÉRGENOS EN HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN***

2-CUMPLIMENTAR DATOS PERSONALES:

-Nombre y apellidos:

-D.N.I:

-Teléfono/s de contacto:

-JUSTIFICANTE DE PAGO (**adjuntar a la solicitud junto a este impreso cumplimentado**)

-Entidad*:* ***Caja Siete***![MP900433044[1]]() Nº de CUENTA:ES85 3076 0450 4022 5248 2316IMPORTE: **10,00 €**

**---------------------------------------------------------------------------------------**

|  |
| --- |
|  |

**RESGUARDO**

-Nombre y apellidos:

-FECHA DEL CURSO:\_\_\_\_­\_\_\_ \_/ \_\_\_\_ /20\_\_ TURNO : M

**CURSO: GESTIÓN DE ALÉRGENOS EN HOSTELERÍA Y RESTAURACIÓN**

**TELÉFONO DE CONTACTO: 922 53 27 60**

**formacion@sociedad-desarrollo.com**