



Suolo e Salute
ORGANISMO DI CONTROLLO E CERTIFICAZIONE

www.suoloosalute.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE



Sede Legale

Via Cairoli 1, 40121 Bologna (BO)
info@suoloosalute.it - amministrazione@pec.suoloosalute.it

Direzione Generale

Via Cairoli 1, 40121 Bologna (BO)
Tel: +39 051 6751265

Direzione Amministrativa

Via P. Borsellino 12/B, 61032 Fano (PU)
Tel: +39 0721 860543



CORSO DI FORMAZIONE PROPEDEUTICO PER VETERINARI AUDITOR SQNBA

A) Tecniche di Audit ai sensi della norma UNI EN ISO 19011 (corso qualificato CEPAS) della durata di 16 ore;

Date: 13 e 14 Dicembre 2024 ore 9:00 -18:00 (totale 16 ore)

B) Conoscenza della certificazione Sistema Qualità Nazionale Benessere Animale (SQNBA) della durata di 4 ore.

Data: 16 Dicembre 2024 ore 14:00-18:00 (4 ore)

Modalità FAD

QUOTA DI ISCRIZIONE MODULI A + B

€ 350,00 + IVA

B) Conoscenza della certificazione Sistema Qualità Nazionale Benessere Animale (SQNBA) della durata di 4 ore.

Data: 16 Dicembre 2024 ore 14:00-18:00 (4 ore)

Modalità FAD

QUOTA DI ISCRIZIONE SOLO MODULO B

€ 100,00 + IVA

ISCRIZIONE: Si prega di inviare la scheda di iscrizione e copia dell'avvenuto pagamento entro il 12 dicembre 2024. Al Modulo A, essendo qualificato CEPAS, potranno partecipare massimo 20 soggetti iscritti. Pertanto si darà priorità ai primi 20 che perfezioneranno l'iscrizione e il pagamento dell'importo. Gli iscritti in esubero parteciperanno nelle successive edizioni del Modulo A previste agli inizi di gennaio 2025.

MODALITA' DI PAGAMENTO: Bonifico Bancario intestato a SUOLO E SALUTE SRL
IBAN IT27G0538724305000044002510
BPER Banca S.p.A

Causale: partecipazione al corso modulo A+B
o partecipazione al corso modulo B
Al pagamento seguirà regolare fattura.

PER INFORMAZIONI: sqnba@suoloosalute.it

DATI ANAGRAFICI

NOME _____

COGNOME _____

Residenza VIA/PIAZZA _____

N° _____ CAP _____ CITTA' _____

PROV. _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____

MEDICO VETERINARIO ISCRITTO ALL'ORDINE DI _____

_____ N° ISCRIZIONE _____

DATI INTESTAZIONE FATTURA

RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

P.IVA _____

CODICE FISCALE _____

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03.

DATA _____ FIRMA _____