

**FORMULARIO INSCRIPCIÓN CURSO BÁSICO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**Nombre y Apellidos: DNI: Empresa: Telefono Contacto email contacto: **PRECIOS**

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| Socios AGRESUR    | 130 €/persona |
| No Socios AGRESUR | 170 €/persona |

Fecha Sesión Presencial 10-dic-20

Rellene el formulario y envíelo junto con el justificante de la transferencia a [gerencia@agresur.es](mailto:gerencia@agresur.es)

Cuenta Corriente ES52 2038 9861 0760 0034 6125 Titular: AGRESUR

No se admitirán inscripciones sin el pago correspondiente