



INSCRIPCIÓN

PLAN DE FORMACIÓN PARA COMERCIANTES THE WORKSHOP EXPERIENCE

CURSO _____

DÍA _____

HORARIO _____

NOMBRE ESTABLECIMIENTO _____

NOMBRE FISCAL _____

ACTIVIDAD COMERCIAL _____

CONTACTO /NOMBRE/ CARGO _____

DIRECCIÓN _____

CIF / NIF _____

TELEFONO _____

E-MAIL _____

WEB _____

REDES SOCIALES _____

ASISTENTES AL CURSO / CARGO _____