



Pagamento rateale CMA APF

Il/la sottoscritto/a _____,

riconosce di dovere a

Centro professionale sociosanitario, via alla Morettina 3, 6600 Locarno
formazione continua e per adulti

la somma di **CHF** _____ .

per l'iscrizione al corso _____.

accordo:

a) M'impegno a versare questa somma in _____ rate di _____ franchi.

Osservazioni:

Luogo, data

Firma

.....