

SOLICITUD PROYECCIÓN DE TZP

DATOS DE LA ENTIDAD

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

PERSONA DE CONTACTO: _____

TELEFONO: _____ | MOVIL: _____

MAIL: _____

DATOS DE LA CONFERENCIA

NUMERO DE ASISTENTES: _____

(ej. 30 personas)

DIA Y HORA PREFERENTE PARA REALIZAR LA CONFERENCIA: _____

(ej. Lunes a las 15.00h)

LA CONFERENCIA SERA ORIENTADA A: _____

(ej. Profesores de Primaria)

ENVIAR AL FAX 902.88.64.70