

## MODULO D'ISCRIZIONE

**LE PREPARAZIONI FITOTERAPICHE AD USO ORALE E AD USO DERMATOLOGICO: UNA GRANDE OPPORTUNITA' PER IL TUO LABORATORIO E PER LA TUA FARMACIA.**

*Docenti:*

*Dr.ssa Alessandra Cellupica - Dr. Adalberto Fabbriconi – Dr. Pietro Siciliano - Dr. Piero Lussignoli*

<b>DATA</b>	<b>LUOGO</b>
<b>28– 29 SETTEMBRE 2024</b>	Best Western Hotel Globus (Via Ippocrate, 119) e Lentini Pharma ( Via Boccea, 1286 ) - Roma.

<b>PROVIDER</b>	<b>N. EVENTO</b>	<b>N. CREDITI ECM</b>
Unione Tecnica Italiana Farmacisti ID 145	ED. 1 411409	22,4

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

ISCRITTO ALL'ORDINE DI \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**PROFESSIONE**       FARMACISTA       ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

**DISCIPLINA**       FARMACIA TERRITORIALE       FARMACIA OSPEDALIERA

**TIPOLOGIA**       CONVENZIONATO ( TITOLARE )       DIPENDENTE       LIBERO PROF.

PRIVO DI OCCUPAZIONE

**SOCIO UTIFAR**       SI       NO

**BARRARE LA CASELLA SE SI DESIDERA CHE LA FATTURA VENGA INTESTATA ALLA FARMACIA/AZIENDA**

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

CODICE SDI /PEC \_\_\_\_\_

**QUOTA D'ISCRIZIONE**

€ 390.00 SOCI UTIFAR

€ 490.00 NON SOCI UTIFAR

La compilazione del modulo vale come prenotazione definitiva e vincolante di partecipazione al corso.

**Pagamento:** Bonifico bancario - codice IBAN: IT 46 Q056 9601 6020 0000 6158 X09.

**Indicare nella causale il proprio nominativo e il titolo del corso.**

Le richieste verranno processate in ordine di arrivo sino al raggiungimento del tetto massimo di 25 partecipanti.

Firmando il presente modulo autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti al suo interno, la conservazione, la pubblicazione e la loro trasmissione per le attività riguardanti il corso in oggetto, ai sensi e per gli effetti del D. lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, oltre che del regolamento UE 679/2016.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Inviare il presente modulo a [utifar@utifar.it](mailto:utifar@utifar.it) oppure via fax al nr. 0270600297 unitamente alla copia della ricevuta di pagamento.**