

MODULO D'ISCRIZIONE

**LE 50 E PIU' FORMULE OFFICINALI DI LIBERA VENDITA PER
RILANCIARE O FAR PARTIRE ALLA GRANDE IL TUO
LABORATORIO GALENICO.**

Docenti: Dr. Adalberto Fabbriconi – Dr. Pietro Siciliano - Dr. Piero Lussignoli

DATA	LUOGO
23– 24 NOVEMBRE 2024	Best Western Hotel Globus (Via Ippocrate, 119) e Lentini Pharma (Via Boccea, 1286) - Roma.

PROVIDER	N. EVENTO	N. CREDITI ECM
Unione Tecnica Italiana Farmacisti ID 145	ED. 1 411426	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 oppure via fax al nr. 0270600297 unitamente alla copia della ricevuta di pagamento.