

	<b>MODULO ISCRIZIONE CORSO</b>	Edizione: <b>1</b>	Del: <b>02/12/24</b>
		Emesso <b>MB</b>	Approvato <b>EL</b>

**TITOLO:** LA FARMACIA FRA CONTROLLO E COMUNICAZIONE EFFICIENTE

**Docenti:** Dott. Alessandro Cotturri

DATA	LUOGO
24-26 FEBBRAIO 2025	TH HOTEL MADONNA DI CAMPIGLIO – GOLF HOTEL VIA CIMA TOSA, 3, 38086 MADONNA DI CAMPIGLIO (TN)

PROVIDER	N. EVENTO	N. CREDITI ECM
Unione Tecnica Italiana Farmacisti ID 145	440970	12

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

	<h1>MODULO ISCRIZIONE CORSO</h1>	Edizione: <b>1</b>	Del: <b>02/12/24</b>
		Emesso <b>MB</b>	Approvato <b>EL</b>

**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

**EURO 150,00 SOCI UTIFAR**       **EURO 300,00 NON SOCI UTIFAR**

### PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a UTIFAR

IBAN IT46Q0569601602000006158X09 – Banca Popolare di Sondrio

CAUSALE “Cognome Nome + nome corso ECM”

Con la presente l'iscritto dichiara di essere non aver assolto a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento come previsto dall'Accordo Stato-Regioni 2017 Art 80.

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 al n. fax 02 70600297 unitamente alla copia della ricevuta di pagamento.**