

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

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: 1	Del: 02/12/24
		Emesso MB	Approvato EL

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