

**TITOLO:** CAPSULE CON PRINCIPI ATTIVI SOLIDI E LIQUIDI**Docenti:** Dr. Adalberto Fabbriconi, Dr. Piero Lussignoli, Dr. Pietro Siciliano

DATA	LUOGO
5 e 6 aprile 2025	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 447881	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 INTESATA 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**       **540,00 NON SOCI UTIFAR**

## PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a UTIFAR

IBAN IT46Q0569601602000006158X09 – Banca Popolare di Sondrio CAUSALE

“Cognome Nome + nome corso ECM”

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI PARTECIPANTE ALL'EVENTO ECM ID \_\_\_\_\_ DENOMINATO “ \_\_\_\_\_ ”

DICHIARA DI ESSERE STATO RECLUTATO \* :

O Sì, DA (INDICARE NOME IMPRESA COMMERCIALE OPERANTE IN AMBITO SANITARIO) \_\_\_\_\_

O No.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, INOLTRE, DI NON AVER ASSOLTO A PIÙ DI UN TERZO DEL PROPRIO OBBLIGO FORMATIVO MEDIANTE RECLUTAMENTO.

*\* ai sensi dell'art. 80 dell'Accordo S/R del 2 febbraio 2017 si intende reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.*

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.**