

## MODULO ADESIONE

**CONVEGNO UTIFAR 10/11 NOVEMBRE 2017**  
**Nuova tariffa dei medicinali e legge sulla concorrenza:**  
**opportunità per la Farmacia italiana**  
**BOLOGNA - CENTRO CONGRESSI NOVOTEL FIERA**

NOME ..... COGNOME .....

RESIDENTE A ..... (.....) CAP.....

IN VIA ..... TEL. ....

MAIL .....

SOCIO UTIFAR (100 €)       NON SOCIO (150 €)

ALLEGO AL PERSENTE MODULO COPIA DEL BONIFICO EFFETTUATO PRESSO LA

**BANCA POPOLARE DI SONDRIO**

**IBAN IT 46 Q 05696 01602 000006158X09**

CON CAUSALE: ISCRIZIONE CONVEGNO UTIFAR 10/11 NOVEMBRE

Data .....

Firma .....

**Da inviare tramite e-mail a [utifar@utifar.it](mailto:utifar@utifar.it) o via fax 02 70600297**

Info Tel. +039 02 70608367 - Tel. +039 02 70607263