



Ordine dei farmacisti
della provincia di Palermo



federfarma
u.ti.farma.

unione titolari di farmacia della provincia di Palermo

SCUOLA PERMANENTE DI GALENICA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Prov _____

Tel. _____ Cell. _____

Email _____

Data e Luogo di Nascita _____

N° iscrizione Ordine Professionale _____

- **Compilare obbligatoriamente la scheda anagrafica in stampatello e in modo leggibile.**

TITOLARE COLLABORATORE LIBERO PROFESSIONISTA

Quota di partecipazione ai 4 moduli: € 250,00 +iva 22%

Fatturare a:.....
.....

Modalità di pagamento: bonifico bancario intestato a: Saladino Angelo, causale: nome del partecipante.

IBAN: IT5500100504602000000003173

Inviare copia del bonifico e modulo iscrizione via Fax 091 9866208 o mail/ angelosaladino2@gmail.com

Per informazioni: dr. A: Saladino 3453479249

La frequenza è obbligatoria ai fini del rilascio dell'attestato

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte.

Si informa, ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, che i propri dati personali e/o quelli delle società/enti di cui alla presente scheda, ovvero i dati eventualmente acquisiti nel corso di nostre manifestazioni (convegni, seminari, corsi) o inviatici per la cessione di nostri prodotti, saranno trattati per finalità: riguardanti l'esecuzione degli obblighi relativi alla partecipazione o all'acquisto, per statistiche, per l'invio di materiale informativo, ovvero per adempimenti di legge e/o disposizioni di organi pubblici; che i dati saranno trattati, con le stesse finalità, soltanto dalle società/enti/organizzazioni che hanno collaborato all'elaborazione e/o produzione dei singoli prodotti o patrocinato le manifestazioni.

Acconsento Non Acconsento

Luogo _____

Data _____

Firma _____