CONFERMA ISCRIZIONE AL CORSO

SOCIAL NETWORK IN FARMACIA

Il sottoscritto……C.F……. …….

Luogo e data di nascita ……

Farmacia ……..

Indirizzo……..CAP……..

CITTA'……e-mail…..…….

Tel.…..……..Fax……..…….P.IVA……..……

Cellulare ……

Conferma che parteciperà al corso **"Social Network in farmacia"** che si terrà presso la sede di Utifar– Via Mauro Macchi 32 – Milano (MI) il giorno

☐ 25 Settembre
☐ 02 Ottobre

☐ **Quota corso soci UTIFAR: € 100, 00**

☐ **Quota corso NON SOCI: € 150,00**

Bonifico bancario intestato a UTIFAR – Via M. Macchi 32 –20124 Milano
IBAN : IT46Q0569601602000006158X09

N.B. Modulo compilato e copia del bonifico effettuato sono da restituire a mezzo fax al n.02.70600297 o tramite email a utifar@utifar.it

UTIFAR– UnioneTecnica Italiana Farmacisti
Via M.Macchi 32 – 20124 Milano
Tel. 02/70608367/70607263 fax 02/70600297
Email: utifar@utifar.it

FIRMA

.....