

MODULO D'ISCRIZIONE

**LA FARMACIA OGGI TRA LE NUOVE OPPORTUNITA' ECONOMICHE DEI
SERVIZI E LE NUOVE DIFFICOLTA'
DEL CONTESTO FINANZIARIO.**

**Docenti:
Prof. Giustino Di Cecco
Avv. Paolo Leopardi**

DATA	LUOGO
20 – 22 Febbraio 2023	<i>Miramonti Majestic Grand Hotel Località Peziè 103 – 32043 Cortina d'Ampezzo (BL)</i>

PROVIDER	N. EVENTO	N. CREDITI ECM
Unione Tecnica Italiana Farmacisti ID 145	369223	15

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 INTESTATA ALLA FARMACIA/AZIENDA

RAGIONE SOCIALE_____

VIA_____ N. _____ CAP _____

CITTÀ_____ PROV. _____

E-MAIL_____

TEL. _____ FAX _____ P.IVA _____

CODICE SDI /PEC_____

QUOTA D'ISCRIZIONE

GRATUITA SOCI UTIFAR

€ 200 RISERVATA AI NON SOCI UTIFAR

PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a UTIFAR

IBAN IT46Q0569601602000006158X09 – Banca Popolare di Sondrio

CAUSALE "Cognome Nome + nome corso ECM"

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.