

MODULO D'ISCRIZIONE

"NUOVI STRUMENTI PER CONTRASTARE LA CRISI D'IMPRESA IN FARMACIA"

Docenti:

DOTT. LORENZO SMERIERI
DOTT. ARTURO SAGGESE

DATA	LUOGO
Dal 21 al 23/09/2023	TERME DI SATURNIA, SPA E GOLF RESORT LOC. FOLLONATA, SATURNIA, 58014, MANCANO (GROSSETO)

PROVIDER	N. EVENTO	N. CREDITI ECM
Unione Tecnica Italiana Farmacisti ID 145	396067	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

€ 150 **SOCI UTIFAR** € 300 **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.