

EVENTO ECM PER FARMACISTI

Scheda di adesione

La/il Dr.* _____ Titolare/dipendente presso la
Farmacia _____ sita in _____
Prov _____ Via/Piazza _____ n _____ Cap _____
Nata/o a* _____ il* _____ Residente a* _____
Via/piazza* _____ n* _____ Cap* _____ Prov* _____
Cod. Fiscale* _____ Tel _____
E-mail _____ Albo dei Farmacisti di appartenenza: prov. di _____

CHIEDE

Di essere ammessa/o a partecipare all'evento accreditato ECM:

“Flora Batterica Intestinale e Probiotici: Nuove Frontiere Terapeutiche”

previsto in data 19 Maggio 2016

All'uopo invia, al n. di **fax 0883 510 554**, il presente modulo debitamente compilato ed appone timbro e firma della farmacia nello spazio sottostante

Allega copia del bonifico bancario di € 40,00 intestato a Farmaca spa – causale : ECM 19/05/2016 – IBAN IT05E 01010 41359 1000 0000 0063

Il sottoscritto/a è consapevole che la partecipazione al corso **è obbligatoria** e pertanto si impegna a comunicare tempestivamente a Farmaca spa eventuale rinuncia.

Timbro e firma

Autorizzo l'utilizzo dei miei dati ai sensi del D.Lgs. 196/03 (barrare la casella)

Data _____

In fede, firma per accettazione

NOTE:

Tutti i dati contrassegnati con il simbolo (*) sono obbligatori per le pratiche ministeriali e contabili.
Non verranno accettate schede prive del consenso al trattamento dei dati personali.