

CORSO DI AGGIORNAMENTO ECM PER FARMACISTI

Scheda di invito

La/il sottoscritto Dr* _____ Titolare/dipendente presso la
farmacia _____ sita in _____ Prov _____
Via/piazza _____ n. _____ Cap _____

Nata/o a* _____ il _____ Residente a* _____

Via/piazza* _____ n _____ Prov* _____ Cap* _____

Cod. fiscale* _____ Tel _____

E-mail _____ Iscritta/o all'albo dei Farmacisti della prov. di * _____

Chiede:

Di essere ammessa/o a partecipare al corso di aggiornamento ai fini ECM:

"Definizione, classificazione e normative speciali dei prodotti non medicinali a valenza salutare" che
si terrà a **Trieste**, in data 21 novembre 2004, presso:

Associazione Titolari Farmacia di Trieste
Via Sant'Antonio Nuovo 4

All'uopo invia, al seguente n. di fax **040 23 21 00**, il presente modulo e la copia del bonifico bancario, intestato a: **SER.IM s.r.l.** presso Banca Popolare di Lodi, Ag. di Carasco, GE, C/C n. **000002003185, ABI 05164, CAB 31911, CIN "U"** del contributo di **70,00** euro per le spese di iscrizione al corso riportando nella causale: "Iscrizione al corso: Definizione, classificazione e normative speciali dei prodotti non medicinali a valenza salutare - Trieste 21 novembre 2004".

Chiede inoltre di ottenere*:

- ⊗ Fatturazione diretta al partecipante, come sopra indicato
- ⊗ Fatturazione ad altro soggetto, es farmacia (si prega di indicarne i dati di seguito apponendo timbro **leggibile** riportante gli estremi richiesti):

(si ricorda che il bonifico dovrà essere relativo ad una singola ragione sociale di fatturazione)

- ⊗ Autorizzo l'utilizzo dei miei dati ai sensi della legge 196/03
(barrare la casella)

Data _____

In fede, firma

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