

MODULO D'ISCRIZIONE

LA FARMACOLOGIA E LA TOSSICOLOGIA GENERE-SPECIFICA: UN FOCUS SULLE NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE

Docenti:
Prof.ssa Luigi Trabace

DATA	LUOGO
24 – 26 Giugno 2024	<i>FORTE VILLAGE RESORT – SS 195 KM 39,600 – 09010 – ST. MARGHERITA DI PULA (CA)</i>

PROVIDER	N. EVENTO	N. CREDITI ECM
Unione Tecnica Italiana Farmacisti ID 145	415538	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.