

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO E.C.M.**

**TITOLO CORSO :** Trattamento farmacologico delle principali infezioni del cavo orale

**CREDITI: 13**

**LUOGO DI SVOLGIMENTO:** Ordine dei Farmacisti della Provincia di Salerno - Via Settimio Mobilio, 17 - Salerno

**DATA CORSO: 17-18-19 DICEMBRE 2010**

- Il numero dei partecipanti è limitato a 100.
- Le iscrizioni saranno accettate seguendo l'ordine cronologico di arrivo delle domande.
- Le iscrizioni si intendono perfezionate al ricevimento della scheda di iscrizione e della ricevuta dell'avvenuto pagamento che dovranno pervenire per fax al n° 0828- 345507.
- E' consigliabile verificare la disponibilità di posti prima di effettuare il bonifico telefonando al numero 0828-304691.
- I dati personali inviati saranno utilizzati a questo fine, ai fini di ricerca, elaborazione statistica e non utilizzabili da terzi.
- La cancellazione degli stessi può essere richiesta ai sensi della legge sulla privacy.

**DATI DEL RICHIEDENTE (necessari per la trasmissione alla Segreteria ECM)**

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Comune di residenza** \_\_\_\_\_ **prov.** \_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_ **n.** \_\_\_\_\_

**Professione** \_\_\_\_\_ **Disciplina:** ☐ farmacia territoriale ; ☐ farmacia ospedaliera

**Telefono** \_\_\_\_\_ **Telefono cellulare** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_ **E-mail** \_\_\_\_\_

Desidero che la fattura sia intestata : ☐ ← A ME ☐ ← A \_\_\_\_\_

(indicare i dati fiscali dell'intestatario della fattura se diverso dal richiedente)

Il richiedente consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per falsa attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (artt. 48-76 D.P.R. 28/12/2000 n.445) conferma di essere nella condizione prevista dai requisiti di accesso indicati nella brochure informativa, è conscio che dichiarazioni inesatte potrebbero portare al mancato riconoscimento dei crediti, senza responsabilità dell'ente organizzatore.

**Quota di iscrizione: € 65.00**

**Pagamento tramite:** Bonifico bancario

- Intestato a ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI SALERNO VIA S. MOBILIO,17 – 84127 SALERNO  
- Banca DEUTSCHE BANK FILIALE DI SALERNO - C. GARIBALDI,152 - 84123 SALERNO  
- Codice IBAN: IT03 R031 0415 2000 0000 0821 145 - Causale: CORSO ECM 17-18-19 DICEMBRE 2010

**Modalità di disdetta**

E' attribuito a ciascun partecipante il diritto di recesso ai sensi dell'art. 1378 C.C., che dovrà essere comunicato con disdetta da inviare via Fax al n° 0828- 345507 e potrà essere esercitato con le seguenti modalità: fino a dieci giorni prima dell'inizio del corso, il partecipante potrà recedere senza dovere alcun corrispettivo all'Istituto di formazione, che, pertanto, provvederà al rimborso dell'intera quota versata; oltre il termine di cui sopra e fino al giorno di svolgimento del corso, il partecipante potrà recedere pagando un corrispettivo pari al 50% della quota di iscrizione.

**Numero minimo di partecipanti**

Il corso sarà attivato con la presenza di almeno 75 partecipanti. La revoca del corso per il mancato raggiungimento del numero minimo sarà comunicata via e-mail ai candidati già iscritti e darà luogo alla restituzione della quota versata.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_