

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: 05-06-07 NOVEMBRE 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 4-5-6 GIUGNO 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 _____