

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il Farmacista e le nuove sfide in Sanità

INFLUENZA E REFLUSSO ESOFAGEO

Ordine dei Farmacisti di Salerno 17-18 Novembre 2012

I dati contrassegnati da (*) sono obbligatori.

Si prega di scrivere in stampatello leggibile e di inviare copia della presente scheda unitamente all'attestazione del pagamento al n. di fax 089 798628 entro e non oltre il 09/11/2012

Qualifica: _____

Codice fiscale(*) _____ P.IVA(*) _____

Cognome(*) _____ Nome(*) _____

Indirizzo(*) _____ N. (*) _____

CAP(*) _____ Città(*) _____ Prov. (*) _____

Tel(*) _____ Fax _____ Cell. _____

E-mail _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

DATI PER LA FATTURA (se diversi da quelli sopra elencati sono obbligatori)

Da intestare a: _____

Cod. fiscale _____ P. IVA _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

INFORMATIVA PRIVACY: ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 si informa che i dati contenuti nel presente modello sono richiesti per l'iscrizione al corso di cui sopra, per preparare l'elenco dei partecipanti e spedire i dati al Ministero della Salute in relazione all'accreditamento ECM: il mancato conferimento dei dati o delle informazioni di cui sopra non consentirà l'ammissione al corso. I dati saranno trattati manualmente o elettronicamente. Potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. 196/03 fra cui chiedere di cancellarli, rettificarli o integrarli rivolgendosi a Maya Idee srl.

FIRMA per accettazione _____

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE DEL CORSO

Ordine dei Farmacisti di Salerno Via Settimio Mobilio 17 - 84127 Salerno (SA)

QUOTA DI ISCRIZIONE

	€ (iva inclusa)
Farmacisti iscritti all'Ordine dei Farmacisti di Salerno	65,00
Farmacisti NON iscritti all'Ordine dei Farmacisti di Salerno	80,00

CREDITI PRE ASSEGNATI - 15

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Le iscrizioni verranno accettate in ordine cronologico e dovranno essere effettuate entro il **09/11/2012**, inviando via fax (**089-798628**) all'Ordine dei Farmacisti di Salerno la scheda di iscrizione allegata, compilata in ogni sua parte e accompagnata da copia del versamento effettuato. Ricordiamo che le schede di iscrizione incomplete o senza copia del versamento non verranno prese in considerazione.

I pagamenti dovranno essere effettuati tramite bonifico bancario a favore di:

INTESTATARIO C/C: MAYA IDEE srl

BANCA: CASSA RURALE BASSA VALLAGARINA, FILIALE ALA (TN)

IBAN: IT64A0801134270000010026138

Si prega di specificare la **CAUSALE DI VERSAMENTO:**

Influenza e reflusso esofageo – Salerno 17-18 Novembre 2012
e il **nome del partecipante**.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Sono stati richiesti i crediti ECM per 100 partecipanti, per la disciplina - FARMACISTA -

Ai fini dell'assegnazione crediti ECM verrà rispettato l'ordine di iscrizione.



RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dr. Gianluigi Cussotto

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Ordine dei Farmacisti di Salerno
Via Settimio Mobilio, 17
84127 Salerno (SA)

TEL – 089 405080 FAX – 089 798628

E –MAIL : info@ordinefarmacistisalerno.it

PROVIDER ECM

MAYA Idee srl

Via Saval, 25 – 37124 Verona (VR)
TEL – 045 8305000 FAX – 045 8303602