

SCHEDA DI ADESIONE (selezionare il/i corso/i di interesse)

Da inviare tramite fax allo 011.56.98.958 o tramite e-mail : corsi@farmapiemonte.org

	DATE	SELEZIONARE
IL SINTOMO IN FARMACIA: QUALE SIGNIFICATO HA UN DOLORE TORACICO?	02/12/2024	
L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE PER COMUNICARE EFFICACEMENTE	03 – 10/12/2024	

FARMACIA: _____

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

Codice fiscale

--	--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Indirizzo _____ Comune _____

Prov. _____ CAP _____ Recapito tel. o cellulare _____

Recapito e-mail _____

(dove vi verrà inviato l'attestato di frequenza)

PROFESSIONE:

Professione: FARMACISTA Disciplina: TERRITORIALE/OSPEDALIERA (lasciare la dizione che interessa)

Ente di appartenenza: _____

Farmacia Parafarmacia Farmacia Ospedaliera Altro

Iscrizione Ordine dei Farmacisti della provincia

di _____ n° _____ del _____

Rapporto di lavoro Libero Professionista Dipendente
 Convenzionato Privo di occupazione

La firma in calce alla presente scheda implica integrale accettazione del contenuto e autorizza il trattamento dei dati personali in conformità alla Legge 675/96. Il partecipante è responsabile dei dati riportati sulla scheda anagrafica. La FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. è sollevata da qualunque responsabilità per dati trascritti in modo errato e non rispondenti al vero.

DATA _____

FIRMA _____

NB: La conferma dell'avvenuta iscrizione avverrà mediante comunicazione da parte della Segreteria Farmaservizi Formazione tramite e-mail. Tutti coloro che non rientreranno nel numero previsto non verranno contattati ed il loro nominativo verrà preso in considerazione per future riedizioni del medesimo evento. Soltanto in caso di eventuali rinunce da parte degli effettivi iscritti, la scrivente, in ordine cronologico di richieste, contatterà i nominativi precedentemente esclusi.