

Scheda di rilevamento dati

**“ NUTRIZIONE INFANTILE DAL GIORNO 0 AL PRIMO ANNO DI VITA: SUPPORTO ATTIVO E
CONSAPEVOLE AI NEO GENITORI DA PARTE DEL FARMACISTA ”**
FARMASERVIZI FORMAZIONE S.R.L. – 17/03/2024 – MONDOVI’

SOCIO A.GI.FAR. CUNEO ☐ SOCIO A.GI.FAR. ☐ NON SONO SOCIO A.GI.FAR. ☐

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 _____

FATTURA INTESTATA A:

PARTECIPANTE

O

FARMACIA

Via _____

RAG.SOCIALE _____

CAP: _____ COMUNE _____

CAP: _____ COMUNE _____

C.FISCALE _____

P.IVA _____ COD. UNIVOCO _____

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.