

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome ** _____

Nome ** _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo ** _____

Città ** _____ Prov. _____

Telefono** _____

Email ** _____

Cod. fiscale _____

Professione _____

Specializzazione** _____

Fattura intestata a _____

Via _____

Città ** _____ CAP _____

P.Iva / C.F. _____

Codice Univoco _____

Titolare di
Farmacia**

Dipendente
di Farmacia**

Dipendente
FederFarma**

Altra
professione**

** Dati Obbligatori

LA/IL SOTTOSCRITTA/O CHIEDE DI ESSERE ISCRITTA/O
al corso di alta formazione «**La rappresentazione,
valorizzazione e comunicazione sociale dell'attività dei
farmacisti**»

e DICHIARA

di aver preso visione del regolamento

Data

Firma

COORDINATE BANCARIE

IBAN: IT 84 M 070 7538 4010 0000 0718 163

Desidero ricevere info sui prossimi corsi

SI

NO

Autorizzo FABESACI (FederFarma Umbria) al trattamento dei miei
dati personali ai sensi del regolamento UE2016/679

Data

Firma

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Curriculum Vitae in formato europeo;
2. Fotocopia del documento d'identità valido (carta d'identità o passaporto);
3. Fotocopia del codice fiscale;