



SCHEDA D'ISCRIZIONE CORSO ECM

*“Corso di formazione sul corretto utilizzo di prodotti fitoterapici,
integratori alimentari e nutraceutici “*

Il/La Sottoscritto/a					
Nato/a a		Prov.		il	
Codice Fiscale					
Residente in		Prov.		il	
Indirizzo					
Tel. Ab.		Cell.		FAX	
E-Mail:					
Numero d'iscrizione Ordine dei Farmacisti di Avellino					

FARMACISTA

Titolare Direttore Collaboratore Ospedaliero

Al fine di consentire a questo Ordine una corretta programmazione si prega di voler indicare nell'apposita casella l'ordine di preferenza per le date disponibili per l'evento.

<input type="checkbox"/>	Sabato	11 novembre	<input type="checkbox"/>	Domenica	12 novembre
<input type="checkbox"/>	Sabato	18 novembre	<input type="checkbox"/>	Domenica	19 novembre
<input type="checkbox"/>	Sabato	25 novembre	<input type="checkbox"/>	Domenica	26 novembre
<input type="checkbox"/>	Sabato	16 dicembre	<input type="checkbox"/>	Domenica	17 dicembre



Chiede di iscriversi al Corso ECM citato in titolo.

Modalità di partecipazione: l'accettazione dell'iscrizione avviene in seguito alla ricezione della presente scheda. L'ordine di arrivo delle Schede di Iscrizione dà precedenza sul riempimento dei posti previsti. La sostituzione del partecipante iscritto è consentita previa comunicazione scritta.

Il Firmatario dichiara di aver preso visione delle informazioni e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte, in particolar modo per quanto riguarda la quota di partecipazione e le rinunce e le sostituzioni.

LA PRESENTE SCHEDA DI ISCRIZIONE DEBITAMENTE FIRMATA E COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, IN STAMPATELLO LEGGIBILE, DOVRA' ESSERE INVIATA:

- VIA FAX AL NUMERO **0825.33517**

- E/O SCANNERIZZATA ED INVIATA VIA **E-MAIL** AL SEGUENTE INDIRIZZO:

ecm@ordinefarmacistiavellino.it

DATA _____

Firma del Corsista
(Con responsabilità sulla correttezza dei dati)

(FIRMA LEGGIBILE)

PUNTI DI CONTATTO:

Segreteria Organizzativa: 0825.33517

Ordine dei Farmacisti della Provincia di Avellino, viale Italia 203/A 83100 Avellino

INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY (D.LGS 196/2003):

L'ISCRIZIONE AL CORSO PREVEDE L'ACCETTAZIONE DEL TRATTAMENTO DEI DATI IN BASE AL DLGS 196/03, I DATI SARANNO UTILIZZATI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE PER L'INSERIMENTO NEL SISTEMA DI EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA. IL RIFIUTO AL TRATTAMENTO DEI DATI NON PERMETTE L'ISCRIZIONE ALL'EVENTO. CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE L'INTERESSATO FORNISCE IL CONSENSO ALL'INVIO DI COMUNICAZIONI COMMERCIALI AI SENSI DELL'ART. 130 N.1 (D.LGS N. 196/03) ED ALLA PUBBLICIZZAZIONE DI FUTURE INIZIATIVE DI FORMAZIONE.

DATA _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE _____