

Corsi con accreditamento



TITOLO DEL CORSO

La TARIFFA NAZIONALE per la vendita al pubblico dei medicinali

LUOGO E DATA Oleggio Castello – Sala riunione Hotel Luna – 06 Giugno 2018

DATI PERSONALI OBBLIGATORI PER LA PRATICA E.C.M.

PARTECIPANTE AL CORSO

NOME E COGNOME, codice fiscale

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

RESIDENTE IN PROV.

N. ISCRIZ. ORDINE PROV. DI.....

NATO/A A IL

INDIRIZZO N°.....

CAP LOCALITA' PROV.....

N. TEL. PRIVATO..... CELLULARE

E-MAIL.....

Collaboratore Titolare Socio della Farm.

FARMACISTA TERRITORIALE OSPEDALIERO

In base alla L.675/96 autorizzo al trattamento dei miei dati personali, ai soli fini del rapporto con il Ministero della Salute in relazione all'accREDITAMENTO ECM.

Firma per accettazione.....