



SCHEDA DI ISCRIZIONE E.C.M.

(da fotocopiare ed inviare per fax o mail direttamente al PROVIDER)

TITOLO EVENTO _____

DATA _____ **SEDE** _____

DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome	Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Indirizzo		
Cap	comune	prov.
e-mail	Recapito Telef.	
fax		
Codice fiscale*		
Farmacia presso la quale si lavora Denominazione		
Indirizzo		
Altri eventuali riferimenti		
Recapito per conferma iscrizione : tel.fisso cellulare fax		

DATI PER LA FATTURAZIONE O RICEVUTA

Intestazione		
indirizzo		
Cap	città	prov.
Telef.	Fax.	
Partita IVA e codice fiscale*		

Indicare se la fattura deve essere emessa a:

farmacia

singolo partecipante

La quota di partecipazione dovrà essere versata anticipatamente e direttamente al PROVIDER secondo le modalità previste da ognuno.

Ai sensi del d.lgs.n.196 del 30/06/2003 si autorizza espressamente che le informazioni contenute nella scheda di iscrizione al corso possano costituire oggetto di trattamento per il processo di ammissione ai corsi.

DATA _____ Firma, _____

Alla segreteria dei singoli PROVIDER bisognerà rivolgersi per le modalità di iscrizione e per qualsiasi altra informazione.

La fatturazione sarà emessa dallo stesso PROVIDER nel rispetto della normativa vigente e secondo i dati contenuti nella scheda di iscrizione.

E' necessario attendere la conferma dell'iscrizione al corso da parte del Provider.

*** dato obbligatorio indispensabile per la fatturazione**