

# EVENTI FORMATIVI PER FARMACISTI

Accreditati



## Scheda di pre-adesione

Il/la sottoscritto/a Dr/sa \_\_\_\_\_

Titolare/dipendente presso la farmacia \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Chiede di ricevere maggiori informazioni per l'evento formativo che

si svolgerà a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

dal TITOLO \_\_\_\_\_

- Autorizzo l'utilizzo dei miei dati ai sensi del D.lgs. 196/03.  
(barrare la casella)

In fede, firma

\_\_\_\_\_

Si prega ritornare il presente modulo al fax n. **0185 315 743**

I corsi verranno realizzati solo al raggiungimento del n. di partecipanti stabilito. Per ulteriori informazioni e aggiornamenti sulle date disponibili, visitate il sito [www.alliance-healthcare.it](http://www.alliance-healthcare.it) alla sezione "corsi ECM" oppure telefonate al vostro magazzino Alliance Healthcare Italia di zona.