



## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome.....  
Nome.....  
Data e luogo di nascita.....  
Indirizzo..... Città.....  
Cod. fisc. ....

### **Estremi relativi alla fatturazione**

Azienda.....  
Indirizzo.....  
CAP..... Città..... Prov. ....  
Tel. .... Fax ..... Cell.....  
P. IVA ..... C.F.....

In collaborazione con Federfarma ed O.F. della provincia di Caltanissetta

### **Principi fondamentali per la pratica quotidiana del farmacista su cosmetologia, allergologia e dermatologia**

Data: 16/05/2009

Sede: Federfarma CL, viale Trieste 308 Caltanissetta

Relatore: dr.G.Lucia

Crediti: 10

Costo: costo € 70,00 (coll.€50,00) -(minimo 25 partecipanti)

Modalità di pagamento :

- B/B intestato a CIFO P srl ,Via S.Cuccia 46 Palermo  
BNL ag.2 Palermo IBAN IT49R0100504602000000000102
- c/c postale n°55135776 intestato a CIFO P srl

La scheda compilata, deve essere inviata insieme alla fotocopia dell'avvenuto pagamento, al fax 0916269859

Per informazioni dr.Lino Saladino 3358313303

### **La frequenza è obbligatoria ai fini del rilascio dell'attestato**

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione delle informazioni generali e delle modalità di iscrizione e di accettarle tutte.

**Si informa, ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196**, che i propri dati personali e/o quelli delle società/enti di cui alla presente scheda, ovvero i dati eventualmente acquisiti nel corso di nostre manifestazioni (convegni, seminari, corsi) o inviatici per la cessione di nostri prodotti, saranno trattati per finalità: riguardanti l'esecuzione degli obblighi relativi alla partecipazione o all'acquisto, per statistiche, per l'invio di materiale informativo, ovvero per adempimenti di legge e/o disposizioni di organi pubblici; che i dati saranno trattati, con le stesse finalità, soltanto dalle società/enti/organizzazioni che hanno collaborato all'elaborazione e/o produzione dei singoli prodotti o patrocinato le manifestazioni.

Data .....

Firma .....