



SOCIETÀ ITALIANA DI FARMACIA OSPEDALIERA E DEI SERVIZI FARMACEUTICI DELLE AZIENDE SANITARIE

"IL FARMACISTA CLINICO NEL REPARTO: esperienze e modelli internazionali"
(cod. evento 773-8039767) Cagliari, 14 novembre 2008 c/o Tower Hotel via dei Giudicati n. 1

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome			Nome		
Luogo di Nascita			Data di Nascita		
Codice Fiscale			Regione di prov.		
Indirizzo Abitazione				N.	
Cap:	Località:			Prov:	
Denominazione Azienda/Sede lavoro					
Tel.			Fax.		
Cell.			E-mail		
Professione	<input type="checkbox"/> Farmacista Ospedaliero <input type="checkbox"/> Farmacista Territoriale				
Dischiario di essere socio SIFO	<input checked="" type="checkbox"/> SÌ		<input type="checkbox"/> NO		

Necessito di fattura

SÌ

NO

Intestazione					
P.IVA:				C.F.:	
Via				N.	
Cap:	Località:			Prov:	
Se la fattura è intestata ad un ENTE esente IVA, si prega di indicare quanto richiesto:					
Indicare l'articolo di esenzione					
Indirizzo a cui spedire la fattura (se diverso da intestazione)					

NOTE IMPORTANTI:

Il corso è riservato a n. 80 farmacisti soci SIFO della regione Sardegna.

Le quote di iscrizioni sono pari a € 25,00 (=€ 20,83 + IVA 20%). Le iscrizioni verranno accettate in ordine cronologico di arrivo, fino ad esaurimento dei posti disponibili. La segreteria comunicherà le NON AMMISSIONI. In tal caso, la quota sarà rimborsata o congelata per un prossimo evento. In caso di eventuale rinuncia, successiva all'iscrizione, occorre inviare comunicazione scritta almeno 1 settimana prima dall'inizio dell'evento. Se rispettata tale condizione, la quota versata potrà essere recuperata in alcun modo.

Modalità di pagamento

- SIFO - BNL AG. 10 di Milano IBAN IT57L 01005 01610 00000015654 (allegare copia)
- Conto Corrente Postale n. 32276206 intestato a SIFO - Via Farini 81 - Milano (allegare copia)
- Carta di credito (solo CARTA SI' - Mastercard - Eurocard - Visa - NO CARTE ELETTRONICHE): compilando gli spazi sottostanti (16 n. della carta + mese e anno di scadenza+CVV2 ultime 3 cifre del codice riportato sul retro della carta)

CARTA N _____ SCADENZA __ / __ / CVV 2 _ _ _

INTESTATA A: (Leggibile) _____ Firma: _____

DA SPEDIRE alla Segreteria Nazionale SIFO
VIA FAX al n. 02/69002476 c/relativa ricevuta di pagamento,
A PARTIRE DAL 06/10/2008

S.I.F.O. - Via Carlo Farini, 81 - 20159 Milano - Codice Fiscale 80200570150
tel. 02/6071934 - fax 02/69002476 - e-mail: segreteria@sifoweb.it Sito web: www.sifoweb.it

Società iscritta nel registro delle persone giuridiche della Prefettura di Milano al n. d'ordine 477 della pag. 856 del vol. 3°



I dati dell'interessato sono trattati da S.I.F.O. nel pieno rispetto del D.Lgs. n. 196/2003. Questi può esercitare, in ogni momento, i Suoi diritti ai sensi dell'art. 7 della stessa legge.
Il presente messaggio è strettamente riservato ed è esclusivamente destinato alla società, ente e/o persona indicati come destinatari/o. Chi riceve la presente comunicazione, se non è l'effettivo destinatario o un dipendente o la persona responsabile della consegna, è tenuto a non farne alcun uso, copia distribuzione o divulgazione. Quanto inviato e ricevuto per errore da società, ente e/o persona diversi da quelli indicati sopra non deve essere letto né divulgato in qualsiasi modo e, previo avviso, deve esserci restituito, a nostre spese in originale, oppure distrutto. Per qualsiasi comunicazione ovvero in caso di illeggibilità o incompleta ricezione di quanto trasmesso si prega contattare al più presto il numero 02.6071934