

Provider ECM: 4872

Titolo Evento: Il trauma:primo soccorso in farmacia

22/05/2018

SCHEDA ANAGRAFICA

Farmacista

Codice Fiscale

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

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ CAP _____

Città _____ Prov _____

Tel. _____ Cell. _____

Email _____

Data e Luogo di Nascita _____

Farmacia _____

N° iscrizione Ordine Professionale di: _____

- **Compilare obbligatoriamente la scheda anagrafica in stampatello e in modo leggibile. Le schede non completate o poco leggibili saranno automaticamente scartate, annullando i crediti.**
- **Compilare la scheda di gradimento e il questionario di apprendimento.**

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE FARMACIA TERRITORIALE FARMACIA OSPEDALIERA

Quota d'iscrizione:gratuita

Crediti ECM:3

Inviare il modulo iscrizione a: mail: angelosaladino2@gmail.com

Per informazioni:dr.A:Saladino 3453479249

Ai sensi del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 sul trattamento dei dati personali, acconsento che i miei dati personali contenuti nella presente Scheda Anagrafica vengano gestiti e trattati da Lamb ai fini degli accrediti E.C.M. Il conferimento dei dati è facoltativo, **ma in mancanza di essi non sarà possibile ottenere i crediti formativi** da parte del Ministero.

Acconsento Non Acconsento

Luogo _____

Data _____

Firma _____