



Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie

Progetto FAD Asincrono di aggiornamento
Percorso n. 5 - "FARMACIA ONCOLOGICA E RADIOFARMACI"
Codice Evento: 313-419943
Periodo di fruizione 31/05 – 31/12/2024

SCHEDA DI ISCRIZIONE riservata solo ai Farmacisti NON SOCI SIFO e a tutte le Professioni Sanitarie non iscritti al XLIV Congresso Nazionale SIFO 2023

DA INVIARE VIA MAIL alla Segreteria Nazionale SIFO (info@sifo.it)

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|------|--------|---------|--|
| Cognome | | | | Nome | | | | |
| Luogo di Nascita | | | Data di Nascita | | | CF | | |
| Indirizzo Abitazione | | | | | Num. | | Cap | |
| Località | | | | Prov. | | | Regione | |
| Denominazione Azienda/Sede lavoro | | | | | | | | |
| Tel. | | | Cell. | | | E-mail | | |
| Professione | <input type="checkbox"/> Professione (indicare) _____ | | | <input type="checkbox"/> Disciplina (indicare) _____ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Libero professionista | | <input type="checkbox"/> Dipendente | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Convenzionato | | <input type="checkbox"/> Privo di Occupazione (o in congedo o altro: _____) | | | | | |
| Iscrizione avvenuta tramite reclutamento | <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> SI' (se sì, indicare il nome dell'Azienda reclutante _____) | | | | | |

Il Progetto è rivolto a n. 500 Operatori Sanitari (tutte le Professioni Sanitarie) provenienti da tutto il territorio nazionale.

QUOTA DI ISCRIZIONE: € 122,00 (€ 100,00 + IVA 22%) per i Farmacisti NON SOCI SIFO e Professioni Sanitari NON iscritti al XLIV Congresso Nazionale SIFO.

MODALITÀ DI PAGAMENTO*

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 l'articolo di esenzione e Codice Univoco da inserire su fattura elettronica: | | | | |
| Indirizzo PEC a cui spedire la fattura | | | | |

TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

Di aver preso visione delle informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del GDPR mediante consultazione dell'apposita Informativa consultabile al seguente link: <https://www.sifoweb.it/elenco-informative-privacy-survey/4379-informativa-sulla-privacy-modulistica-generale.html>

e PRESTA

il suo consenso al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali per le finalità e nell'ambito indicato nell'informativa.

Data _____ Firma _____

RISERVATEZZA

Il presente contenuto è strettamente riservato ed è esclusivamente destinato alla società, ente e/o persona indicati come destinatari/o. Chi riceve la presente documentazione, 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.