

## **MODULO DI ISCRIZIONE INDIVIDUALE**

da trasmettere unitamente alla copia del Bonifico Bancario  
per fax all'ordine dei farmacisti della Provincia di Benevento  
fax 0824/24189

### **CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PER FARMACISTI**

Compilare tutte le voci sottoindicate, le domande incomplete saranno cestinate.

Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa (cognome e nome).....

Iscritto all'Ordine della provincia di.....

Codice Fiscale.....

residente a.....Provincia.....C.A.P.....

Via.....Numero.....

Telefono casa.....telefono farmacia.....cell.....

Fax.....E-mail.....

### **CHIEDO**

di essere iscritto al Corso di aggiornamento professionale previsto per il giorno -----

presso .....con inizio alle ore 9:00 a.m.

Allego copia del versamento della/e quota/e d'iscrizione di ----- € effettuato  
mediante Bonifico Bancario

In fede.....