



COMUNICAZIONE 93/10 25.03.2010

FAX

AI TITOLARI DI FARMACIA DI ROMA
E PROVINCIA

disponibile sul sito www.federfarmaroma.com

IMPORTANTE EVENTO FORMATIVO ECM

“Sindrome dell'intestino irritabile e malattia diverticolare”

3 CREDITI ECM

APERTE LE ISCRIZIONI

Sempre con l'obiettivo di offrire un'adeguata preparazione su argomenti di interesse nella pratica quotidiana del farmacista, l'Assiprofar propone un importante evento formativo che tratterà alcune delle patologie più diffuse tra la popolazione:

“SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE E MALATTIA DIVERTICOLARE”

Il corso ha lo scopo di fornire oltre alle necessarie conoscenze teoriche su queste patologie (epidemiologia, eziopatologia, presentazione clinica e diagnosi) anche quelle conoscenze pratiche, intese come inquadramento diagnostico-terapeutico della malattia, utili al farmacista per un corretto approccio con il paziente.

Il corso, tenuto dal prof. Fabio Gaj del Policlinico Umberto I°, si svolgerà (in una serata) il prossimo **13 aprile dalle ore 20.30** presso le Sale Convegni Assiprofar - via dei Luceri 3/c - Roma.

Al corso sono stati riconosciuti 3 crediti ECM. Posti limitati, massimo 60 partecipanti.

La quota di partecipazione è di € 40,00 (Iva esente).

COME ISCRIVERSI AL CORSO

E' necessario trasmettere all'Assiprofar tramite fax (064959325 - 0683391094) l'apposito **modulo allegato**, completato in ogni sua parte.

La quota di iscrizione deve essere versata a favore di Assifar Servizi Srl tramite:

- bollettino postale sul conto corrente postale n. 95410452;
- bonifico bancario sul c/c n. 95410452 di Poste Italiane codice IBAN IT 59 N 07601 03200 000095410452

Al modulo di iscrizione dovrà essere allegata copia del bollettino postale o del bonifico bancario.

CONSIDERANDO GLI ARGOMENTI TRATTATI, INVITIAMO I COLLEGHI TITOLARI A DIFFONDERE LA PRESENTE COMUNICAZIONE AI PROPRI COLLABORATORI.

Cordiali saluti.

IL SEGRETARIO
Andrea Cicconetti

IL PRESIDENTE
Franco Caprino

**CORSO "LA SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE E
MALATTIA DIVERTICOLARE" PER FARMACISTI**

13 aprile 2010 ore 20,30

COMPILARE IN OGNI SUA PARTE E TRASMETTERE AL FAX N° 06 83391094 - 06 4959325

* Cognome

* Nome

 TITOLARE COLLABORATORE presso la farmaciaFarmacia Territoriale Ospedaliera

* Codice Fiscale

*Luogo di nascita Provincia il

* Indirizzo abitazione

* Cap, Città, Provincia

* Tel. F.cia: Fax: Cell:

* Numero di Iscrizione Ordine dei Farmacisti della provincia di

* compilare con calligrafia chiara i dati obbligatori per il Ministero della Salute pena la non attribuzione dei crediti

QUOTE DI PARTECIPAZIONE: € 40,00 (quote esenti IVA art. 10 DPR 633/72)

Il pagamento deve essere effettuato tramite bonifico bancario a: Assifar Servizi Srl

- bollettino postale sul conto corrente postale n. 95410452

- bonifico bancario sul c/c n. 95410452 di Poste Italiane codice IBAN IT 59 N 07601 03200 000095410452

DATI PER LA FATTURAZIONE
SE DIVERSI DAI DATI DEL PARTECIPANTE

Ragione sociale

Indirizzo

CAP Città

Partita IVA CodiceFiscale farmacia

Codice S.S.N farmacia

Il pagamento del presente corso viene effettuato dal titolare in quanto trattasi di rimborso
previsto dal CCNLL delle farmacie al personale laureato per la formazione obbligatoria? SI NO

Firma del titolare

Esprimo il consenso al trattamento dei dati per le finalità consentite dal D. Lgs. 196/2003.

Firma del partecipante _____