

AFREMARE

LA NUOVA FARMACIA DEI SERVIZI NELLE MARCHE VIA RETE

Programma dell'Evento

20.30

Cocktail di Benvenuto

Saluti delle Autorità:

Prof. Claudio Pettinari

Rettore dell'Università degli Studi di Camerino

21.00

Introducono i Lavori

Prof. Francesco Amenta

*Direttore della Scuola di Scienze del Farmaco e dei
Prodotti della Salute dell'Università di Camerino*

Dott. Luciano Diomedì

Presidente dell'Ordine dei Farmacisti di Macerata

Interventi

Ing. Marco Gambi

TeleMedware s.r.l. a Namirial Company

Dott. Lorenzo Manna

TeleMedware s.r.l. a Namirial Company

Evento ECM per Farmacisti: 5 crediti



Namirial Company
TeleMedware
telemedicine & health care

7 GIUGNO 2018 - ORE 20.30
COSMOPOLITAN HOTEL
Via Alcide De Gasperi, 2, 62012
Civitanova Marche (MC)

AFREMARE: LA NUOVA FARMACIA DEI SERVIZI NELLE MARCHE VIA RETE COSMOPOLITAN HOTEL - CIVITANOVA MARCHE (MC) 7 GIUGNO 2018

SCHEDA RILEVAMENTO DATI PARTECIPANTI

Vi ricordiamo che ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM è necessario aver registrato la propria presenza in entrata e in uscita nell'apposita Lista Firma, aver partecipato all'intero evento e aver superato la prova finale di apprendimento. L'attestato ECM verrà inviato per e-mail. Vi preghiamo quindi di indicare il vostro indirizzo di posta elettronica. Si prega di riconsegnare la Scheda in segreteria, debitamente compilata. La mancata consegna della documentazione farà decadere i diritti di acquisizione dei crediti formativi.

<input type="radio"/> FARMACIA TERRITORIALE	<input type="radio"/> FARMACIA OSPEDALIERA		
Cognome _____	Nome _____		
Codice Fiscale	Obbligatorio ai fini E.C.M.		
Data di Nascita _____	Luogo di Nascita _____		
Residenza: Via _____	N° civico _____ CAP _____		
Città _____	Provincia _____		
E-mail _____	Tel/Cell _____		
<input type="radio"/> LIBERO PROFESSIONISTA	<input type="radio"/> DIPENDENTE	<input type="radio"/> CONVENZIONATO	<input type="radio"/> PRIVO DI OCCUPAZIONE

Ai sensi della Determinazione della Commissione ECM del 18 gennaio 2011, il sottoscritto dichiara:

di essere stato reclutato con invito diretto da

.....

Nome Sponsor

di non trovarsi nella condizione di cui sopra

"Ai sensi della L. 196/200 si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di convegni di materia sanitaria. I Suoi dati saranno utilizzati, qualora sottoscriva i moduli di partecipazione, per l'espletamento delle procedure relative al corso/convegno in oggetto. Anche nel caso in cui Lei non sottoscriva il presente modulo, i Suoi dati potranno essere registrati anche su supporto informatico al fine di tenerLa aggiornata circa le nostre prossime iniziative. Titolare del trattamento è il Centro Internazionale Radio Medico (C.I.R.M.) con sede in Roma, Via dell'Architetture, 4 1 e nei loro confronti Lei potrà esercitare i diritti previsti dalla citata L. 196/2003".

_____, li _____ Firma