

ORDINE DEI FARMACISTI PROVINCIA DI CATANIA

Modulo per l'aggiornamento dati dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Catania
(da restituire a mezzo posta o a mezzo fax 095 441605)

Numero iscrizione ordine: _____
Cognome: _____ Nome _____
Telefono: _____ Fax _____
e-mail: _____

Qualifica professionale: titolare direttore collaboratore direttore farmacia
ospedaliera professore universitario isf dipendente asl direttore tecnico
ricercatore altro specificare

Titolare o direttore di farmacia privata
ragione sociale farmacia: _____
codice regionale farmacia: _____
tel: _____ fax _____
email della farmacia: _____
Desidero avere il link con il sito della mia farmacia sul sito dell'ordine si no

Direttore di farmacia ospedaliera
Indirizzo ospedale: _____
tel: _____ fax _____
e-mail farmacia: _____

Direttore tecnico di: deposito distributore intermedio
rag. sociale: _____
tel: _____ fax _____
e-mail: _____

Nel rispetto della normativa inerente la protezione del trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 Le chiediamo di volerci fornire i dati richiesti ai fini dell'aggiornamento della banca dati così come previsto dalla su citata normativa. Tutti i dati richiesti, ad eccezione dell'indirizzo e-mail, sono obbligatori così come indicato nell'informativa allegata. La mancata fornitura dell'e-mail non consentirà l'accesso all'area riservata del sito www.ordinefarmacisticatania.it.

Autorizzo l'inserimento dell'e-mail nella mailing list dell'ordine.

Data _____ Firma _____

Autorizzo la comunicazione nell'area riservata del sito www.ordinefarmacisticatania.it dei dati per le finalità previste nell'informativa.

Data _____ Firma _____