

# FAX

## SCHEDA DI CONFERMA ISCRIZIONE

**Destinatario :** Sig.ra **Elena Loggia**  
Segreteria SEFAP (Tel. 02/503.18259)

**Num. telefax :** 02/503.18292

**Data :** \_\_\_\_\_

**Num. pagine :** \_\_\_\_\_ (compresa la presente)

**Oggetto :**  Corso di Perfezionamento Farmacovigilanza  
 Master

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

(firma) \_\_\_\_\_