

DA RESTITUIRE ENTRO IL 18/09/2024 A MEZZO EMAIL ordine.farmacistipz@tiscali.it

Modulo di iscrizione

COGNOME E NOME _____

INDIRIZZO _____

CITTA' PROVINCIA CAP _____

CELL. _____

chiede di partecipare al seguente evento ECM che si terrà in data 22/09/2024

***FARMACIA DEI SERVIZI: TECNOLOGIE IN FARMACIA E CONTROLLO
DELLA PELLE***

FIRMA
