

Curs Superior de Gestió Empresarial de l'Oficina de Farmàcia

Informació del sol·licitant

Dades farmàcia:

Nom farmàcia: _____

Número de farmàcia: _____ NIF / CIF: _____

Persona de contacte: _____

Adreça: _____

Població: _____ CP: _____ Província: _____

Telèfon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Dades assistent:

Nom i cognoms: _____

DNI: _____ Càrrec dins la farmàcia: _____

Adreça: _____

Població: _____ CP: _____ Província: _____

Telèfon: _____ E-mail: _____ Data naixement: _____

Preu i forma de pagament

Pre-inscripció: 500.- €

Preu **total del curs**: 3.975.- € *

Preu **socis FEFAC**: 3.575.- € *

*El preu inclou l'import de la **pre-inscripció**, tot el material didàctic, coffee breaks, sopars i transport per a les sessions pràctiques.

☐

Acompanyo xec nominatiu a favor de l'Associació de Farmàcies de Barcelona en concepte de pagament de la pre-inscripció.

☐

Faig transferència** al seu compte corrent 2100 0842 38 0200547399 en concepte de pagament de la pre-inscripció.

** En cas de fer transferència es prega que juntament amb la butlleta d'inscripció ens facin arribar fotocòpia del full d'ingrés on té que constar el nom de la farmàcia que fa l'ingrés

De conformitat amb el que disposa l'article 5 de la LO 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, s'informa a les persones que emplenin aquesta butlleta, que les dades facilitades, quedaran incorporades a un fitxer amb la finalitat de poder dur a terme el Servei que es sol·licita. Mitjançant l'emplenament i tramesa d'aquesta butlleta, la persona interessada dona el seu consentiment pel tractament de les dades que s'inclouen en el compliment de les finalitats del Servei Integral de Protecció de Dades. El Responsable d'aquest fitxer és l'Associació de Farmàcies de Barcelona, domiciliada a Barcelona, carrer Casanova, 84-86 entr. 1ª C, davant el qual es pot exercir en els termes establerts en l'esmentada normativa el dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició respecte de les dades incloses en el fitxer esmentat.

Signatura _____

Data _____

Empleneu aquesta butlleta i trameteu-la a l'Associació de Farmàcies de Barcelona. C/ Casanova, 84-86 ent. 1a.C 08011 Barcelona. Telèfon: 93 323 24 22. Fax. 93 454 61 77.E-mail: afb@afb.cat

