

CONFERENZA ANNUALE - INNPharma2025
VENEZIA, Venezia Heritage Tower - 02 - 03 DICEMBRE 2025

SCHEDA DI ISCRIZIONE

SI PREGA DI COMPILARE LA SCHEDA IN OGNI SUA PARTE. UNA SCHEDA PER OGNI NOMINATIVO ISCRITTO.

NOME: _____ **COGNOME:** _____

EMAIL: _____ **CELLULARE:** _____

SOCIETA' _____

SEDE LEGALE _____

VIA _____ **CITTA'** _____ **CAP** _____

QUOTA DI ISCRIZIONE

TIPOLOGIA QUOTA	IMPORTO
	Euro

N.B. Le Quote di Iscrizione non sono soggette ad IVA.

TERMINI DI PAGAMENTO

Bonifico bancario intestato a PharmacomItalia:

Banca Intesa San Paolo IBAN: IT 69W0306905124100000010607

Causale: Conferenza InnPharma 2025 – quota di iscrizione a sostegno attività istituzionale + nome iscritto

Inviare via email a innpharma25@pharmacomitalia.it copia della contabile dell'avvenuto pagamento e la scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte.

Si prega di intestare la ricevuta a:

SOCIETA' _____

SEDE LEGALE _____

VIA _____ **CITTA'** _____ **CAP** _____

CODICE FISCALE _____ **PARTITA IVA** _____

Il/La sottoscritto/a _____

- **Acconsente al trattamento dei propri dati personali, identificativi e/o sensibili, da parte dell'Associazione, nelle modalità e per le finalità indicate nell'informativa della privacy di Pharmacomitalia.**

Accetto ☐ Non Accetto ☐

- **Acconsente alla comunicazione dei propri dati personali a Pharmacomitalia, nonché a società committenti lo specifico evento, limitatamente agli ambiti ed agli organi specificati nell'informativa, in esecuzione degli adempimenti derivanti dagli obblighi contrattuali**

Accetto ☐ Non Accetto ☐

- **Acconsente alla comunicazione dei propri dati personali a terzi, quali società partecipanti, nel caso di richiesta da parte delle stesse**

Accetto ☐ Non Accetto ☐

- **Acconsente a ricevere future informazioni in merito a questo evento e ad altri simili eventi**

Accetto ☐ Non Accetto ☐

DATA _____ FIRMA _____