



Associazione Nazionale Psicologi In Farmacia

Alla C/A Dott.ssa Fiorella Palombo Ferretti Presidente

dell'Associazione Nazionale Psicologi in Farmacia - ANPIF -

Il/La sottoscritto/a:

Cognome: _____ Nome: _____

CHIEDE:

di essere iscritto al:

Corso di Formazione di primo Livello "LO PSICOLOGO ANPIF IN FARMACIA"

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000 n. 445 e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci vedrà decadere i benefici ottenuti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del DPR anzidetto,

Indirizzo via _____

città _____ prov.: _____

cap: _____

tel. : _____ cellulare: _____ fax: _____

e-mail: _____

LAUREA IN:

Psicologia

Farmacia

CITTA' SCELTA : ROMA PALERMO CAGLIARI MESTRE - VE

QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI PRIMO LIVELLO

La quota di partecipazione al corso di primo livello è 245 € in totale : **304,88 € Iva inclusa + 2% contributo integrativo**

obbligatorio:

245 € + iva (54,98) + 2%(4,90) = 304,88€

Esclusivo per i possessori di Partita Iva che versano Iva trimestrale e assoggettati a ritenuta d'acconto :
il versamento da fare corso è pari a **255,88 €**, importo al quale è STATA TOLTA LA RITENUTA D'ACCONTO del 20% come previsto dalla legge.

245 € + iva + 2% - 20% ritenuta d'acconto = 255,88

La ritenuta d'acconto del 20% che verseremo entro il giorno 16 del mese successivo all'emissione della fattura.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento potrà essere effettuato tramite:

➔ versamento su Carta Poste Pay n. 4023 6006 6990 4346 - intestata a Fiorella Palombo - cod fisc: PLMFLL60P68L736L, effettuabile presso qualsiasi Ufficio Postale e Tabacchi con Lottomatica;

➔ **via bonifico bancario** intestato a: UNICREDIT - **IBAN : IT 56 L 02008 36182 000104948764**

Dott.ssa Fiorella Palombo Via Firenze, 5 - 30034 Mira-Ve -

Indicare nella causale : Nome e cognome corso 2019

PER I SOCI ANPIF - VALIDO ESCLUSIVAMENTE PER I SOCI ANPIF – PSICOLOGI E FARMACISTI

◆ I soci Anpif che hanno frequentato il corso di formazione prima del 2016 potranno frequentare, solo successivamente al suddetto corso, gli aggiornamenti le linee guida, versando una donazione libera per Anpif, di min. 30 €, il giorno del corso.

Per essere inseriti nelle farmacie del Veneto e nelle farmacie italiane richiedenti, è necessario:

1) **Essere soci ANPIF**, chiediamo cortesemente di sottoscrivere o rinnovare l'iscrizione a partire dal 30 gennaio dell'anno in corso, le iscrizioni sono possibili entro ottobre dell'anno in corso.

Sarà titolo preferenziale

2) **Essere in possesso di formazione specifica di primo livello** riconosciuta da ANPIF.

FORNIREMO IN OCCASIONE DEL CORSO I NUOVI DOCUMENTI E PROTOCOLLI PER LA REGISTRAZIONE DEI DATI RACCOLTI IN FARMACIA, LA NUOVA SPILLA CON LOGO ANPIF E IL MATERIALE DA STAMPARE. FORNIREMO, INOLTRE, TUTTO IL SUPPORTO LOGISTICO, IN ACCORDO CON FEDERFARMA

HAI GIA' PARTECIPATO AI NOSTRI CORSI: SÌ o NO

IN QUALE CITTA' LAVORI? _____

Tali informazioni verranno inserite nella banca dati ANPIF ai fini di facilitare l'invio alle farmacie richiedenti il servizio, in base alle zone di interesse.

MODALITÀ DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE ANPIF

E' possibile effettuare l'iscrizione ad ANPIF

- 1) Online compilando il format, tramite il sito www.farmaciaepsicologia.it
- 2) O tramite apposito modulo scaricabile dal sito o su richiesta alla segreteria info@farmaciaepsicologia.it

ATTENZIONE:

il versamento di iscrizione al corso di primo livello e quello di iscrizione all'associazione hanno IBAN differenti, vanno pertanto fatti separatamente.

Dati per EMISSIONE FATTURA			
Cognome: _____	Nome: _____		
Via: _____	n.: _____		
Comune: _____	Prov.: _____	c.a.p.: _____	
cod.fisc.: _____	P. IVA: _____		
Indicare il proprio regime fiscale: MINIMI / FORFETTARIO <input type="checkbox"/> o ORDINARIO AGEVOLATO in ritenuta d'acconto <input type="checkbox"/>			
Luogo e Data: _____		In fede: _____	

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(AI SENSI DELL'ART. 13 DLGS. 196/2003)

Il/La sottoscritto/a

Cognome: _____ Nome: _____

DICHIARA ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato/a informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, inoltre autorizza al trattamento dei propri dati personali e sensibili da parte dell'Associazione Nazionale Psicologi in Farmacia, con sede legale in via **Via Firenze 5 - 30034 MIRA -Ve**, esprimendo il proprio esplicito consenso ai sensi della legge 675/96 ("Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"), del D.lgs 196/03 e successive modificazioni, resa ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo UE 2016/679

Luogo e Data: _____ Firma : _____

Inviare la presente copia compilata e firmata con la copia del versamento a: info@farmaciaepsicologia.it anche in formato foto jpeg se non in possesso di scanner

Associazione Nazionale Psicologi In Farmacia - ANPIF - Via Firenze 5 - 30034 MIRA -Ve

Tel Segreteria: 3929021162 – Tel Presidente: 3347076742

Sito Web: www.farmaciaepsicologia.it

Email: info@farmaciaepsicologia.it - lopsicologoelafarmacia@gmail.com