



PROVIDER ECM Nr. Rif. 3282  
Via Paolo Emilio, 10 - 00192 ROMA - Tel. 06 87758855 - www.alfafcm.com  
In collaborazione con



Organizza Corso ECM Nr. 191233 al quale sono stati concessi Nr. 4 crediti ECM

Per: Farmacista

## **CIBO, FARMACI E PROCESSI DIGESTIVI**

**Relatore: Andrea Maglioni**

**Martedì 18 Aprile 2017** dalle 19.30 alle 24.00  
c/o A.GI.FAR. (Sala Conferenze) – Via Galliari, 10A - Torino

### **PROGRAMMA DELLA GIORNATA**

Ore 19.30 – 20.00	Registrazione dei Partecipanti
Ore 20.00 – 21.00	Cibo, processi digestivi e probiotici
Ore 21.00 – 22.00	I farmaci e l'impatto sulla salute
Ore 22.00 – 23.30	Le diete e il cibo salutare
Ore 23.30 – 24.00	Discussione e Test di apprendimento ECM

Numero massimo di partecipanti 80, all'evento Nr. 191233 sono stati concessi Nr. 4 crediti ECM

Per maggiori informazioni: **GABRIELLA CASALIS** Tel. **333-2056262** oppure [info@bromatech.it](mailto:info@bromatech.it)  
o fax 031 6348585  
Oppure Alfa FCM Provider - Tel. 06 3211354



PROVIDER ECM Nr. Rif. 3282  
Via Paolo Emilio, 10 - 00192 ROMA - Tel. 06 87758855 - [www.alfafcm.com](http://www.alfafcm.com)

## SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

### CIBO, FARMACI E PROCESSI DIGESTIVI

**Martedì 18 Aprile 2017** dalle 19.30 alle 24.00  
c/o A.GI.FAR. (Sala Conferenze) – Via Galliari, 10A - Torino

Da completare in ogni sua parte in stampatello ed inviare via e-mail [info@bromatech.it](mailto:info@bromatech.it)  
o via fax al numero 031 6348585

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nome\* ..... Cognome\* .....

Indirizzo abitazione..... CAP .....

Città ..... Prov. ....

Indirizzo Studio ..... CAP .....

Città ..... Prov. ....

Tel.\* ..... Cell. ....

Fax ..... Codice Fiscale\* .....

E-mail\* .....

Luogo e data di nascita .....

Ente di appartenenza .....

Professione e Specializzazione\* .....

Iscrizione all'Ordine/Collegio/ASS.\* ..... Num. ....

Intendo far richiesta dei crediti ECM in qualità di:

Farmacista Territoriale

Farmacista Ospedaliero

Informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003: i suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la sua partecipazione alla manifestazione e a trattamenti derivati da obblighi di legge. Essi saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa. Il conferimento dei dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione alla manifestazione. Il titolare dei dati è la Alfa FCM Srl. A lei competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 T.U. Preso atto dell'informativa di cui sopra consento al trattamento dei miei dati personali e alla loro comunicazione per le finalità sopra indicate.

Luogo ..... Data ..... Firma .....

**IL CORSO E' GRATUITO MA L'ISCRIZIONE E' OBBLIGATORIA**

Da compilare in ogni sua parte in stampatello ed inviare:  
[info@bromatech.it](mailto:info@bromatech.it) oppure al seguente numero di fax 031 6348585