

MODULO DI ISCRIZIONE

ANAGRAFICA

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Telefono

Email

Indirizzo

DETTAGLI

Laureato / Studente in:

Titolare / Collaboratore presso:

Iscritto all'ordine dei farmacisti di:

PAGAMENTO

La quota associativa annuale è di **25 euro**

Il pagamento va effettuato mediante bonifico a:

CASSA PADANA B.C.C. - ASSOCIAZIONE GIOVANI FARMACISTI BRESCIANI

IBAN: IT27 H083 4054 5800 0000 2148 390

Causale: NOME - COGNOME - QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE

Luogo e Data

Firma