

F.A.D. PER I SIGNORI FARMACISTI

**PATOLOGIE INVERNALI IN AMBITO PEDIATRICO**

**giovedì 15 settembre 2016**

dalle ore 20:00 alle 22:30

**BOLOGNA** SEDE OTI VIA CARLO RUSCONI 7/A

**COGNOME………………………………………………………………………………….**

**NOME ………………………………………………………………………………………..**

**TELEFONO PERSONALE ……………………………………………………………**

**FARMACIA ………………………………………………………………………………..**

**TELEFONO FARMACIA ………………………………………………………………**

**E-MAIL ………………………………………………………………………………………**

**DATA ISCRIZIONE ……………………………………………………………………**

**INVIARE QUESTA SCHEDA DI PARTECIPAZIONE A:**

