

## LINKEDIN MARKETING



MILANO - Via Cascina Venina 7  
20090 Assago (MI)

ROMA - Via C. Conti Rossini 26  
00147 Roma



### DATI PERSONALI DEL PARTECIPANTE

NOME E COGNOME: \_\_\_\_\_  
 LUOGO E DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE IN: \_\_\_\_\_  
 VIA: \_\_\_\_\_  
 PROV: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_  
 TEL.: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
 RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_  
 CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_  
 PARTITA IVA: \_\_\_\_\_  
 TITOLO DI STUDIO: \_\_\_\_\_  
 ATTUALE OCCUPAZIONE: \_\_\_\_\_  
 E-MAIL: \_\_\_\_\_

### QUOTA DI PARTECIPAZIONE E MODALITÀ DI PAGAMENTO

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 250 IVA (Totale € 305,00).**

**MODALITÀ DI PAGAMENTO:**

- BONIFICO BANCARIO** (indicante il nome del partecipante) intestato a:  
**COMUNICAZIONE FARMACEUTICA S.R.L.**  
 BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA C/C N.: 000003177955 - ABI:  
 01030 - CAB: 03405 - CIN: D - IBAN:  
 IT73D0103003405000003177955
- PAYPAL** (indicante il nome del partecipante) verso l'indirizzo email:  
**sales@comunicazionefarmaceutica.it**
- VAGLIA POSTALE** (indicante il nome del partecipante) intestato a:  
**COMUNICAZIONE FARMACEUTICA S.R.L.**  
 Piazza IV Novembre, 4 20124 Milano (MI)

#### CLAUSOLE CONTRATTUALI

- 1 - PERFEZIONAMENTO DELL'ISCRIZIONE: L'iscrizione si intende perfezionata al momento della ricezione da parte di Comunicazione Farmaceutica s.r.l. della presente scheda debitamente compilata e sottoscritta per accettazione.
- 2 - RECESSO: Perfezionata l'iscrizione, è possibile esercitare il diritto di recesso entro 5 (cinque) giorni dall'inoltro della scheda, mediante invio di r.a.r. ad Comunicazione Farmaceutica srl, sede amministrativa Piazza IV Novembre, 4 - 20124 Milano (MI) ed anticipata al fax 02.67.165.266: in tal caso Comunicazione Farmaceutica provvederà al rimborso della quota eventualmente versata dal recedente, senza nessun addebito. Qualora la comunicazione di recesso pervenga oltre il limite indicato e fino al giorno prima dell'inizio del master/corso Comunicazione Farmaceutica s.r.l. sarà autorizzata a fatturare il 30% (+IVA) dell'intera quota di iscrizione. In caso di mancata presentazione del Partecipante all'inizio del Corso, Comunicazione Farmaceutica s.r.l. emetterà fattura per l'intero importo e tratterà la quota già versata, fatta salva la possibilità del Partecipante di utilizzare la quota per iscriversi ad un'altra edizione o ad altro corso di pari importo.
- 3 - CAMBIAMENTI DI PROGRAMMA: Per esigenze di natura organizzativa e didattica, Comunicazione Farmaceutica s.r.l. si riserva la facoltà di rinviare i corsi programmati. Ogni variazione sarà tempestivamente segnalata ai Partecipanti, che avranno la possibilità di partecipare all'edizione successiva. In caso di volontà diversa del Partecipante, Comunicazione Farmaceutica s.r.l. provvederà all'integrale restituzione della quota d'iscrizione eventualmente già versata.
- 4 - CONDIZIONI RILASCIO DIPLOMA: Al termine del Corso verrà rilasciato un Diploma di Specialista nell'ambito del Corso frequentato ai partecipanti in regola con la posizione amministrativa.
- 5 - RESPONSABILITÀ DEI PARTECIPANTI: I Partecipanti ai Corsi sono personalmente responsabili per i danni eventualmente arrecati alla struttura, alle aule, ai supporti didattici, alle attrezzature e a quant'altro presente nei locali dove si svolgono i corsi. I partecipanti sono inoltre tenuti a rispettare la normativa interna (firma registri, uso dotazioni informatiche ecc.).
- 6 - PRIVACY: Il trattamento dei dati personali viene svolto nell'ambito della banca dati di Comunicazione Farmaceutica s.r.l. e nel rispetto di quanto stabilito dal regolamento europeo GDPR 2016/679 sulla tutela dei dati personali. I suoi dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi Lei potrà richiedere in qualsiasi momento la cancellazione. Informativa completa su [www.comunicazionefarmaceutica.it/privacy.php](http://www.comunicazionefarmaceutica.it/privacy.php)
- 7 - CONTROVERSIE: Per ogni controversia sull'interpretazione, esecuzione e applicazione sarà competente esclusivamente il Foro di Milano (MI) con esclusione di qualsiasi altro Foro.

#### LUOGO E DATA

#### FIRMA DEL PARTECIPANTE

(Se la partecipazione è a carico dell'Azienda, apporre solo la firma del legale rappresentante ed il timbro aziendale)

**La scheda di partecipazione va inviata via email a: [formazione@comunicazionefarmaceutica.it](mailto:formazione@comunicazionefarmaceutica.it) o in alternativa al fax 02.67.165.266**

Comunicazione Farmaceutica S.r.l. - P.IVA IT08697850967 Piazza IV Novembre, 4 - 20124 Milano MI

tel.: 02.826.21.95 - fax: 02.67.165.266 - [formazione@comunicazionefarmaceutica.it](mailto:formazione@comunicazionefarmaceutica.it) - [www.comunicazionefarmaceutica.it](http://www.comunicazionefarmaceutica.it)