sabato 30 giugno 14.00-19.10

1h Aspetti normativi, limiti operativi e responsabilità del farmacista preparatore

2h Normativa e gestione delle preparazioni a base di sostanze velenose, dopanti, stupefacenti

coffee break

1h Preparazioni allestite in multiplo e a base di piante

1h Norme di Buona Preparazione e DM 18/11/03: applicazioni

domenica 1 luglio 9.00-13.40

1h Teoria delle preparazioni solide ad uso orale: le capsule

2h Le capsule

Esecuzione diretta da parte dei partecipanti

coffee break

1h30' La teoria delle preparazioni semisolide per applicazione cutanea

brunch

domenica 1 luglio 14.40-17.10

2h30' Preparazioni semisolide per applicazione cutanea

Esecuzione diretta da parte dei partecipanti

Relatori

Dott. ***Mauro Castiglioni*** - Farmacista territoriale, Lentate sul Seveso, MB

Dott. ***Marco Fortini*** - Farmacista territoriale, Seriate, BG

Dott. ***Cosimo Violante*** - Farmacista, Milano

QUOTA DI ISCRIZIONE 250 EURO IVA INCLUSA

La quota comprende attestato di partecipazione ECM - dispensa - coffee break - pranzo

Le iscrizioni saranno effettive solo dopo il pagamento della quota. Non è prevista nessuna forma di rimborso in caso di mancata partecipazione.

Il corso sarà realizzato presso i laboratori di

UNIFARMA DISTRIBUZIONE SPA
Via Nazario Sauro 78, Fossano, CN
Tel. 0172.6561
Referente Dott. Giuseppe Artuffo

si ringraziano Unifarma, Ataena e Farmalabor per la collaborazione

Federazione Ordini Farmacisti Italiani

Società Italiana Farmacisti Preparatori

Fondazione Francesco Cannavò

Scuola Permanente di Formazione in Attività di Preparazione

Fossano CN, 30 giugno e 1 luglio 2012

L'ALLESTIMENTO DEI MEDICINALI IN FARMACIA: ASPETTI NORMATIVI, TECNICI E PRATICI

Evento n. 39-18184 14 crediti formativi ECM
Provider GGALLERY SRL Id. n. 39

Responsabile Scientifico: Prof. P. Minghetti

Fossano CN, 30 giugno e 1 luglio 2012

L'ALLESTIMENTO DEI MEDICINALI IN FARMACIA: ASPETTI NORMATIVI, TECNICI E PRATICI

PREISCRIZIONE DA INVIARE ENTRO IL 11 GIUGNO 2012

Il sottoscritto chiede di essere iscritto e fornisce i seguenti dati

COGNOME E NOME *.....

C.F. * _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **NATO IL** _ _ / _ _ / _ _

A .....

RESIDENTE IN VIA .....

CAP ..... **CITTÀ** ..... **PROV** ....

TEL* ..... **FAX** .....

CELL ..... **E-MAIL*** .....

Farmacista* ☐ territoriale ☐ ospedaliero

Farmacista* ☐ libero professionista ☐ dipendente ☐ convenzionato

DATI PER LA FATTURAZIONE *

RAGIONE SOCIALE .....

PARTITA IVA _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **CODICE FISCALE** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

VIA ..... **CAP** ..... **CITTÀ** ..... **PROV** ....

In base alla L. 196/03 autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai soli fini della gestione del rapporto e in relazione all'accreditamento ECM

DATA _ _ / _ _ / _ _ _ _ **FIRMA*** .....

**da compilarsi obbligatoriamente*

Si prega di compilare la presente scheda in ogni sua parte e di inviarla a
SIFAP viale Piceno 18, 20129 Milano
tel. 02 744013 sifap@tin.it

Oppure al numero di fax **02 76115200**

Il corso sarà realizzato solo se sarà raggiunto il numero minimo di 20 partecipanti.

RAGGIUNTO IL NUMERO MINIMO PER LA REALIZZAZIONE DEL CORSO, IL PARTECIPANTE RICEVERÀ -A CONFERMA DELL'AVVENUTA PREISCRIZIONE- UNA E-MAIL CON LE SPECIFICHE PER IL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE CHE RENDERÀ EFFETTIVA L'ISCRIZIONE.