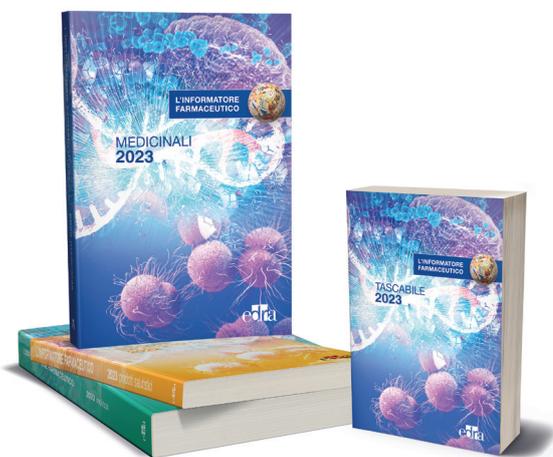


L'INFORMATORE FARMACEUTICO

2023

PER ENTI E ISTITUZIONI



MODULO D'ORDINE EDIZIONE 2023 - DA COMPILARE E SPEDIRE VIA FAX ALLO 02 93664151 O A CLIENTI.CODIFA@LSWR.IT

Codice campagna	OFFERTE PER IL PROFESSIONISTA	Prezzo	N° Copia/e	Totale
23009	L'INFORMATORE FARMACEUTICO 2023: Volume medicinali - Volume prodotti salutistici - Volume indirizzi - VOLUME TASCABILE	€ 179,00	_____	€ _____
	L'INFORMATORE FARMACEUTICO 2023: Volume medicinali - VOLUME TASCABILE	€ 89,00	_____	€ _____

Codice campagna	Versione online	da 1 a 4 postazioni prezzo cad.	n° postazioni	Totale (IVA esclusa)	Oltre le 4 postazioni contattare l'azienda per un preventivo personalizzato d.selmini@lswr.it
23009	Codifa.it Premium*	€ 149,00			
	Codifa.it Premium + Farmacheck**	€ 179,00			

* Codifa Premium può essere facilmente consultabile da tutto il personale dell'azienda attraverso il controllo dell'indirizzo IP da abilitare

** Le caratteristiche di Codifa Premium e Farmacheck sono disponibili alla pagina web: www.codifa.it/premium

Codifa.it Premium è la versione online de L'Informatore Farmaceutico comprensiva di RCP complete, interazioni sviluppate con il supporto scientifico del Dipartimento di Scienze Farmacologiche e Biomolecolari dell'Università di Milano e molte altre informazioni su farmaci e prodotti salutistici.

PAGAMENTO

Carta di credito CartaSi Visa Mastercard n. carta | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Scad. | _ | _ | _ | _ | CVC* | _ | _ | _ |

* Ultime 3 cifre del numero che si trova sul retro della carta di credito, nello spazio destinato alla firma.

Intestata a _____ Firma _____ Data _____

Bonifico bancario anticipato **Bonifico bancario 30 gg d.f.m** **Bonifico bancario 60 gg d.f.m.**

IBAN IT92F030320161001000003186 (trasmettere copia del bonifico)

Pagamento in contrassegno (+ spese di spedizione)

La ringraziamo per la preferenza accordataci e Le chiediamo di fornirci i Suoi dati anagrafici, al fine di consentirci di inviarle quanto richiesto. La informiamo che il mancato conferimento non ci consentirà di effettuare il suddetto invio.

Ragione sociale _____
 Att.ne Nome _____ Cognome _____
 Via _____ N. _____
 CAP _____ Città _____ Prov. _____
 C.F. (obbligatorio) _____ P. IVA _____
 Codice destinatario (per fatturazione elettronica) _____
 Qualifica _____ Tel. _____ Fax _____
 eMail _____
 PEC (per fatturazione elettronica) _____

Privacy

Ai sensi degli artt. 6 e 13 del Regolamento Europeo 679/2016 (cd. GDPR),

il sottoscritto _____ esprime il proprio espresso e specifico consenso al trattamento dei dati ai fini di:

- Invio e-mail promozionali e/o comunicazioni di marketing, nonché effettuazione di ricerche di mercato da parte di EDRA spa o di società da essa controllate, collegate o partecipate;
 Esprimo il mio consenso Nego il mio consenso

- Invio e-mail promozionali e/o comunicazioni di marketing, per finalità di profilazione (come ad es. memorizzazione di abitudini di consumo) volte a migliorare le offerte, da parte di EDRA spa o di società da essa controllate, collegate o partecipate
 Esprimo il mio consenso Nego il mio consenso

- Invio e-mail promozionali e/o comunicazioni di marketing, nonché effettuazione di ricerche di mercato e di profilazione, per conto di società terze (appartenenti alle categorie editoria, professionisti della salute, case farmaceutiche ecc.), non facenti parte di LSWR Group.
 Esprimo il mio consenso Nego il mio consenso

Data e luogo _____ Firma _____