

MARKETING MANAGEMENT DELLA FARMACIA



Dal 23/05/2012 al 25/05/2012

DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome _____

Nome _____

Data e luogo di nascita (Città-Stato) **(obbligatorio)** _____

Nazionalità _____ Titolo di studio _____

E-mail _____

Codice Fiscale **(obbligatorio solo per i residenti in Italia)** _____

Posizione ricoperta _____

Qualifica contrattuale

- Impiegato
- Quadro
- Dirigente
- Imprenditore
- Funzionario
- Libero professionista

Area di appartenenza

- Acquisti/Logistica
- Amministrazione e controllo
- Direzione generale
- Finanza
- Formazione
- Information Technology
- Marketing/Vendite
- Personale e organizzazione
- Produzione/Tecnologia
- Ricerca e sviluppo
- Strategia
- Altro _____

DATI SEDE LEGALE (intestazione fattura)

Ragione Sociale _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

Partita IVA _____

Codice Fiscale (indicare anche se uguale a Partita IVA) _____

La fattura dovrà essere inviata a:

 Sede legale _____
Ufficio/servizio
 Altro indirizzo _____

SEDE OPERATIVA DEL PARTECIPANTE
(compilare solo se diversa dalla sede legale)

Ragione sociale _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Persona da contattare per conferma iscrizione/comunicazioni varie

Cognome e Nome _____

Telefono _____ Fax _____

E-mail _____

SDA Bocconi School of Management

Università Commerciale Luigi Bocconi - SDA Bocconi School of Management

Sede Legale: Via Sarfatti 25, 20136 Milano - Partita IVA 03628350153 - Codice Fiscale 80024610158

Sede Operativa: Via Bocconi 8, 20136 Milano | Tel. 02 5836.6802 | Fax 02 5836.6833 | E-mail: corso.valli@sdbocconi.it

