

INCONTRI SILVANI
IN MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE
SELVA DI FASANO, 14 OTTOBRE 2017

SCHEDA DI ISCRIZIONE
Da inviare a info@cicsud.it – fax 080/5043736

COGNOME _____ NOME _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

REPARTO _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E.MAIL _____

DATI NECESSARI PER ECM

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO ABITAZIONE _____

CAP _____ CITTÀ' _____

GARANZIA DI RISERVATEZZA
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03.

Firma.....

Data.....