

CORSO DI AGGIORNAMENTO MEDICO-INFERMIERISTICO di NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

26 marzo - 9 aprile - 21 maggio - 4 giugno - 18 giugno - 24 settembre
8 ottobre - 22 ottobre - 19 novembre - 10 dicembre 2019

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:
Centro Italiano Congressi - CIC Sud

Viale Escrivà, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736 - E.mail: info@cicsud.it

Cognome.....

Nome.....

Medico Specializzazione.....

Infermiere Infermiere pediatrico

Reparto.....

ASL/Ospedale di appartenenza.....

Città.....CAP.....

Tel. Fax.....

E.mail.....

Cell.

Quota di iscrizione

Medico € 300,00 (IVA esclusa) Infermiere € 100,00 (IVA esclusa)

Modalità di pagamento (IVA 22% esclusa)

– Bonifico Bancario intestato a:

Centro Italiano Congressi CIC Sud - Intesa San Paolo - IBAN IT59 J030 6904 0131 0000 0003 030

– Carta di credito VISA MASTERCARD

N. DATA DI SCADENZA.....

Intestata a Importo da prelevare €

Firma del titolare.....

Dati per la fatturazione

Ragione sociale e/o Nome e Cognome.....

Indirizzo.....

Città..... Prov.CAP.....

Partita IVA.....

Codice fiscale.....

Codice Univoco/Codice Destinatario (SE SI POSSEDE OBBLIGATORIO).....

E-mail pec (OBBLIGATORIO SE NON SI POSSEDE COD. UNIVOCO).....

CORSO DI AGGIORNAMENTO MEDICO-INFERMIERISTICO di NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

26 marzo - 9 aprile - 21 maggio - 4 giugno - 18 giugno - 24 settembre
8 ottobre - 22 ottobre - 19 novembre - 10 dicembre 2019

DATI NECESSARI PER ECM

Su precise esigenze del Min. Sal., si richiede la massima precisione nella compilazione

Inquadramento professionale

Libero professionista Dipendente Convenzionato

Se reclutato da sponsor indicarne il nome

(Massimo 1/3 dei crediti formativi nel triennio)

Luogo e data di nascita.....

Cod. Fiscale.....

Indirizzo ab.....

CittàCAP

E.mail.....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs n. 196/03

Firma..... Data.....