OSTEOPOROSI
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO INTEGRATO

Taranto, 11 ottobre 2014

SCHEDA DI ADESIONE
da inviare compilata a stampatello a:
Centro Italiano Congressi – CIC Sud
Viale Escrivà, 28 - 70124 BARI - Fax 080.5043736 - E.mail: info@cicsud.it

Cognome .....

Nome .....

Qualifica
❑ Medico Specializzazione .....
❑ Infermiere

Reparto .....

ASL/Ospedale di appartenenza .....

Città ..... CAP .....

Tel. ..... Fax .....

Cell. .....

Facoltativo

DATI NECESSARI PER ECM

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

Inquadramento professionale
❑ Libero professionista ❑ Dipendente ❑ Convenzionato

Luogo e data di nascita .....

Cod. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo ab. .....

Città ..... CAP .....

E.mail .....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

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