

La Vaccinazione nel paziente con Immunodeficienza

Bari, 12 Gennaio 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.....

Reparto.....

ASL/Ospedale di appartenenza

CittàCAP

Tel. Fax.....

E.mail

Cell.....

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 113 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.....