

Incontro di aggiornamento in Patologia Neonatale

Bari, 18-19 novembre 2014

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello via e.mail o fax a:

Centro Italiano Congressi CIC Sud – Viale Escriv, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736

L'inoltr pu essere effettuato anche on line sul sito www.cicsud.it

Cognome..... Nome.....

Qualifica Medico Specializzazione.....

Infermiere

Reparto.....

ASL/Ospedale di appartenenza

Citt..... CAP.....

Tel. Fax

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.

Citt..... CAP.....

E.mail

Tel. Cell.

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

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