IV Congresso Provinciale 2014
AIDM
Medicina di Genere

Brindisi, 25 gennaio 2014

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

Cognome .....

Nome .....

Qualifica
❑ Medico Specializzazione.....

Reparto .....

ASL/Ospedale di appartenenza .....

Città ..... CAP.....

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 1/3 dei crediti formativi nel triennio)

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.....