10th MEET THE PROFESSOR

Penile Complex Reconstructive Surgery

Tip & Tricks and Live Surgery

Bari, 2-3 October 2014

SCHEDA DI ADESIONE

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

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 .....

Tel. ..... Cell. .....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

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