IL FOLLOW UP NEUROEVOLUTIVO ED AUXOLOGICO DEL NEONATO A RISCHIO

Bari, 14-15 aprile 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 .....

Reparto .....

ASL/Ospedale .....

Città ..... CAP .....

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

Modalità di pagamento

Iscrizione Medici € 280,00 i.i.

- Assegno non trasferibile N. .....
  della Banca .....
  per l'importo di € 280,00
  intestato a: Centro Italiano Congressi CIC Sud
- Bonifico Bancario intestato a:
  Centro Italiano Congressi CIC Sud - Banco di Napoli
  IBAN IT27S0101004015100000018667

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 .....

Tel. ab. ..... Cell. .....

E.mail .....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Il Titolare del trattamento dei dati è Società Italiana di Neonatologia con sede in Via Temolo, 4 - Milano, in qualità di Provider.
Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/03.

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