

XXV RIUNIONE ANNUALE SIR Sezione Puglia

IL PAZIENTE COMPLESSO

Trani, 5-6 ottobre 2018

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:
Centro Italiano Congressi - CIC Sud

Viale Escriv, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736

Cognome.....

Nome

Convegno venerd 5 e sabato 6 ottobre

Medico Specializzazione.....

Specializzando Farmacista Territoriale Farmacista Ospedaliero

Corso Infermieri e TDR venerd 5 ottobre

Infermiere Terapista della riabilitazione

Reparto.....

ASL/Ospedale di appartenenza

Citt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.....

CittCAP

E.mail.....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

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