

# UNICUIQUE SUUM

## Giornate cardiometaboliche del territorio

Mola di Bari, 25 Novembre 2016

### 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

E.mail: [info@cicsud.it](mailto:info@cicsud.it)

Cognome.....

Nome .....

☐ Medico Specializzazione .....

☐ Farmacista ☐ Farmacista Ospedaliero ☐ Farmacista Territoriale ☐ Ostetrica/o

☐ Infermiere ☐ Dietista

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.....