

PUER APULIAE ALLERGIE E DINTORNI

Altamura, 21 gennaio 2017

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:

Centro Italiano Congressi - CIC Sud

Viale Esquivà, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736

E.mail: info@cicsud.it

Cognome.....

Nome.....

Medico Specializzazione.....

Farmacista territoriale Farmacista ospedaliero Infermiere

Reparto.....

ASL/Ospedale di appartenenza.....

CittàCAP.....

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.....

CittàCAP.....

E.mail.....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

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