

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso di formazione ASL BR – ANNO 2016

USO RAZIONALE DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA

Giovedì 15 settembre 2016

Aula Magna, Polo Universitario – Sede ASL BR – P.zza Di Summa

Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale * _____

Qualifica _____

Struttura di appartenenza _____

Reparto/Servizio _____

Recapito tel. _____

E-mail: _____

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Compilando la presente scheda si autorizza al trattamento dei dati personali forniti nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma _____

***obbligatorio ai fini dei crediti ECM**

Segreteria Organizzativa

Area Gestione Servizio Farmaceutico

Tel: 0831/510049 Fax: 0831/510360

e-mail: areafarmaceutica@asl.brindisi.it

serena.rosati@asl.brindisi.it