LA GESTIONE DEI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI NELLA P.A.

I Edizione - Pavia, 7 giugno 2017

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Professione ☐ Medico (disciplina_____)

☐ Assistente Sanitario ☐ Biologo ☐ Chimico ☐ Dietista ☐ Farmacista ☐ Fisico

☐ Fisioterapista ☐ Infermiere ☐ Logopedista ☐ Odontoiatra ☐ Ortottista ☐ Ostetrico/a

☐ Tecnico Audiometrista ☐ Tecnico Neurofisiopatologia ☐ Tecnico Perfusionista ☐ TSLB

☐ TSRM ☐ Veterinario ☐ Amministrativo ☐ Altro_____

Azienda Ospedaliera _____

_____Città_____Prov_____

☐ **Allego copia bonifico di € 50,00**

DATI PERSONALI

Data di nascita _____Luogo di nascita_____Prov_____

CF /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Indirizzo Privato_____

Cap_____Città_____Prov_____

Tel_____Cell_____

E-mail*_____@_____

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.
Si prega di scrivere in modo leggibile.

DATI FATTURAZIONE ☐ **coincidono con i DATI PERSONALI (NON compilare il riquadro sotto)**

☐ **diversi dai DATI PERSONALI (si prega di compilare il riquadro sotto)**

RAGIONE SOCIALE_____

INDIRIZZO: _____ _____

CAP _____ CITTA' _____PROV. _____

P.IVA / COD.FISC. _____

Si prega di compilare i dati di fatturazione con estrema attenzione. Una volta emessa, la fattura NON è più modificabile.

Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.

Data_____ Firma_____

Da inviare alla Segreteria Organizzativa
via mail (congressi@smatteo.pv.it)
o via fax (0382 502508)
entro e non oltre il 25 maggio 2017

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia