

CORSO DI TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

UPDATE - 2-3 ottobre 2019

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(SOLO PER PERSONALE NON DIPENDENTE

DELLA FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO)



Cognome _____ Nome _____

Richiesta crediti ECM SI NO

Professione Infermiere Ostetrica Medico (disciplina _____)

Azienda Ospedaliera _____

_____ Città _____ Prov _____

Allego copia bonifico di € _____ (Medico € 122,00; Specializzando, Infermiere € 82,00)

DATI PERSONALI

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov _____

CF / _____

Indirizzo Privato _____ n. civico _____

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 il 25 settembre 2019**



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia