SCHEDA DI ISCRIZIONE - AREA NURSING

Cognome_____Nome_____

Professione Infermiere Studente Infermiere
(per l'assegnazione dei 20 posti gratuiti per gli studenti infermieri contattare la segreteria organizzativa)

Infermiere Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo SI NO
(per l'assegnazione dei 15 posti gratuiti per gli infermieri interni al San Matteo contattare la segreteria organizzativa)

Socio SIMEU SI NO

Si prega di indicare con attenzione le tipologie di corsi ai quali si desidera partecipare:

CORSO TRIAGE giovedì 17.05
(soci SIMEU € 80,00; NON soci € 100,00)

SESSIONE PLENARIA venerdì 18.05 e sabato 19.05 + AREA NURSING venerdì 18.05
(soci SIMEU € 60,00; NON soci € 80,00)

OFFERTA PACCHETTO NURSING
CORSO TRIAGE + SESSIONE PLENARIA + AREA NURSING
(soci SIMEU € 100,00; NON Soci SIMEU € 121,00)

Allego copia bonifico di € _____ **Invio in seguito copia bonifico di €** _____

Richiesta crediti ECM SI NO

DATI PERSONALI

Cognome_____Nome_____Data di nascita_____/_____/_____

Luogo di nascita_____Prov._____CF /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Indirizzo Privato_____Cap_____Città_____Prov_____

Tel_____Cell._____e-mail*_____@_____

Ente/Società_____

_____Città_____Prov_____

*Tutte le iscrizioni accettate saranno confermate all'indirizzo mail indicato al ricevimento dell'attestazione di pagamento (bonifico bancario).

Intestazione fattura privato ditta/ente privato ente pubblico esente IVA

COGNOME e NOME / RAGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO: _____CAP _____ CITTA' _____ PROV. ____

P.IVA / COD.FISC. _____

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_____