SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

Professione ☐ Medico Disciplina _____

☐ Infermiere ☐ Infermiere Pediatrico ☐ Dietista

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Data di nascita _____Luogo di nascita_____Prov____

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

Indirizzo Privato_____

Cap_____Città_____Prov_____

Tel_____Cell_____

E-mail*_____@_____

Ente/Società_____

_____

Città_____Prov_____

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

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 fax (0382 502508)
o via mail (congressi@smatteo.pv.it) entro il 18 ottobre 2013