CORSO DI TRIAGE INTRAOSPEDALIERO
IV EDIZIONE: 14-15 ottobre 2014
"Scuola Salaroli", sede Corso di Laurea in Infermieristica
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

Professione ☐ Infermiere ☐ Ostetrico/a ☐ Medico (disciplina_____)

☐ Studente ☐ Altro_____

Ente/Società_____

_____Città_____Prov_____

Reparto ☐ Pronto Soccorso (CON PRECEDENZA) ☐ Altro reparto_____

☐ Altro reparto con impiego presso il PS - codici minori (CON PRECEDENZA)

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Iscrizione SIMEU ☐ SI (Infermiere ed Ostetrico/a € 50,00 - Medico € 97,60)

☐ NO (Infermiere ed Ostetrico/a € 70,00 - Medico € 146,40)

☐ **Allego copia bonifico di € _____**

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

☐ **Iscrizione gratuita, per i dipendenti della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo**

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.

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_____

Da inviare alla Segreteria Organizzativa via fax (0382 502508)
o via mail (congressi@smatteo.pv.it) entro il 6 ottobre 2014