FOCUS SULL'HPV
In ricordo della Dottoressa Barbara Dal Bello
20 febbraio 2015

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Professione ☐ Medico (disciplina_____)

☐ Ostetrico/a ☐ Biologo ☐ Altro_____

Azienda Ospedaliera _____

_____Città_____Prov_____

DATI PERSONALI

Data di nascita _____Luogo di nascita_____Prov_____

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

Indirizzo Privato_____

Cap_____Città_____Prov_____

RECAPITI

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.

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 13 febbraio 2015