



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Richiesta crediti ECM SI NO Iscrizione SIMEU SI NO

Professione Specializzando Medico (disciplina _____)
 Infermiere Ostetrico Altro _____

Azienda Ospedaliera _____

_____ 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.

ISCRIZIONE PER MEDICI

SESSIONE PLENARIA (14 e 15 maggio)
(SOCIO SIMEU € 73,20; NON SOCIO SIMEU € 134,20; Specializzando NON SOCIO SIMEU € 42,70)

CORSO RISCHIO CLINICO (13 maggio)
(SOCIO SIMEU € 97,60; NON SOCIO SIMEU € 183,00)

RISCHIO CLINICO + SESSIONE PLENARIA (13-14-15 maggio)
(SOCIO SIMEU € 146,40; NON SOCIO SIMEU € 268,40)

ISCRIZIONE PER INFERMIERI E OSTETRICI

CORSO RISCHIO CLINICO (13 maggio)
(SOCIO SIMEU € 61,00; NON SOCIO SIMEU € 122,00)

AREA NURSING (14 maggio)
(SOCIO SIMEU € 30,50; NON SOCIO SIMEU € 42,70)

AREA NURSING + SESSIONE PLENARIA (14-15 maggio)
(SOCIO SIMEU € 48,80; NON SOCIO SIMEU € 61,00)

PAGAMENTO

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

Iscrizione gratuita, per il personale della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Iscrizione su invito della ditta _____

SEGUE



Da inviare alla Segreteria Organizzativa via mail (congressi@smatteo.pv.it)
o via fax (0382 502508) entro il **6 MAGGIO 2015**

