

TECNICHE AVANZATE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA

Pavia, 19 novembre 2016

Sala Enrico Mogenes - Collegio Universitario S. Caterina da Siena

SCHEMA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Richiesta crediti ECM SI NO

Professione TSRM Medico (disciplina _____)

Specializzando Studente Altro _____

Azienda Ospedaliera _____

Città _____ Prov _____

Iscrizione SIRM SI NO

Iscrizione Collegio Professionale Tecnici Sanitari di Radiologia Medica SI NO

Allego copia bonifico di € _____

Iscrizione gratuita, per il personale 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.

DATI FATTURAZIONE coincidono con i **DATI PERSONALI** (NON compilare il riquadro sotto)

diversi dai **DATI PERSONALI** (si prega di compilare il riquadro sotto)

REGIONE SOCIALE _____

INDIRIZZO: _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

P.IVA / COD.FISC. _____

Si prega di compilare i dati di fatturazione con estrema attenzione. Una volta emessa, la fattura NON è più modificabile.

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 mail
(congressi@smatteo.pv.it) o via fax (0382 502508)
entro l'11 novembre 2016**



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia