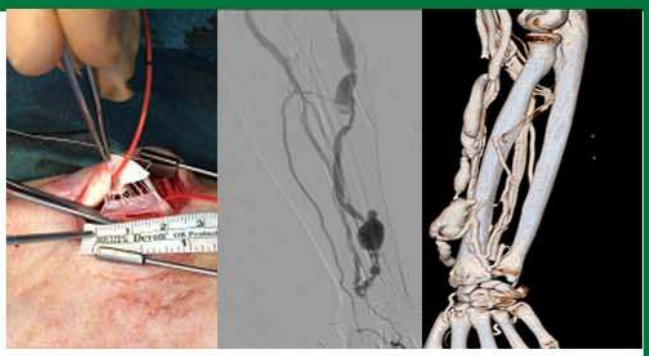
ACCESSO VASCOLARE DIALITICO: I GUAI RIMEDIABILI

29 Settembre 2017

Aula Magna "C. Golgi"



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Professione ☐ Medico (disciplina_____)

☐ Infermiere ☐ TSRM ☐ Specializzando ☐ Studente

☐ Altro _____

Azienda Ospedaliera_____

_____

Città_____Prov_____

DATI PERSONALI

Data di nascita _____Luogo di nascita_____Prov_____

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

Indirizzo

Privato_____

Cap_____Città_____Prov_____

RECAPITI

Tel_____Cell_____

Email*_____@_____

* 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 mail (congressi@smatteo.pv.it)
o via fax (0382 502508) entro il 22 settembre 2017

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia