



GIORNATE NEUROLOGICHE MURGIANE

SCLEROSI MULTIPLA:

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO E RIABILITATIVO

Altamura, 16 marzo 2018

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:

Centro Italiano Congressi - CIC Sud

Viale Escrivà, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736

E.mail: info@cicsud.it

Cognome

Nome

- Medico Specializzazione.....
 Fisiatra Psicologo Farmacista ospedaliero e del territorio
 Terapista della riabilitazione Tecnico di Neurofisiopatologia
 Infermiere Professionale

Reparto.....

ASL/Ospedale di appartenenza

Città.....CAP.....

Tel. Fax

E.mail.....

Cell.

DATI NECESSARI PER ECM

Su precise esigenze del Min. Sal., si richiede la massima precisione nella compilazione

Inquadramento professionale

- Libero professionista Dipendente Convenzionato

Se reclutato da sponsor indicarne il nome

(Massimo 1/3 dei crediti formativi nel triennio)

Luogo e data di nascita

Cod. Fiscale

Indirizzo ab.

CittàCAP.....

E.mail.....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs n. 196/03

Firma Data