

PERCORSI ASSISTENZIALI OSPEDALE-TERRITORIO NEI PAZIENTI ONCO-EMATOLOGICI

Monopoli (BA), 18 novembre 2017

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.....

Biologo Farmacista ospedaliero Farmacista territoriale

Infermiere Tecnico sanitario di radiologia medica

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