

How ~~X~~ WE Treat
Hæmatological Malignancies

A compendium for the 'Apulian' practicing Hæmatologist

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:

Centro Italiano Congressi - CIC Sud

Viale Escriv , 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736

E.mail: info@cicsud.it

6 ottobre 20 ottobre 24 novembre 2018

Cognome.....

Nome

Medico Specializzazione.....

Farmacista ospedaliero Farmacista territoriale

Biologo Infermiere Tecnico sanitario di radiologia medica

Reparto

ASL/Ospedale di appartenenza

Citt 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.....

Citt CAP

E.mail

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

Firma..... Data.....