

GESTIONE DEL RISCHIO IN OSPEDALE APPROFONDIMENTI OPERATIVI

Putignano, 28 novembre 2009

SCHEDA DI ISCRIZIONE

da inviare compilata in stampatello a:
Centro Italiano Congressi - CIC Sud
Viale Escrivà, 28 - 70124 BARI
Fax 080.5043736 - E-mail info@cicsud.it

Cognome.....

Nome.....

Qualifica.....

Specializzazione.....

Struttura.....

Reparto.....

Ospedale.....

Città..... CAP.....

Tel. Fax.....

Modalità di pagamento (IVA inclusa):

Medici € 50,00 Infermieri € 50,00

– Assegno non trasferibile N.....

della Banca.....

intestato a: Centro Italiano Congressi CIC Sud

– Bonifico Bancario intestato a:

Centro Italiano Congressi CIC Sud - Banca Popolare del Mezzogiorno
Via A. Gimma, 66 - Bari - IBAN: IT 30M0525604000000000 907031

DATI NECESSARI ECM

Su precisa esigenza del Min. Sal. si richiede la massima precisione nella compilazione

Luogo e data di nascita.....

Indirizzo ab.

Cod. Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Città..... CAP.....

Tel. cell.

E-mail.....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

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