

PERCORSI ASSISTENZIALI OSPEDALE-TERRITORIO NEI PAZIENTI ONCO-EMATOLOGICI

II FESTA DEL DONATORE "EMO MURGIA"

Altamura (Ba), 10 marzo 2018

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

Cognome.....

Nome

☐ Medico Specializzazione.....

☐ Biologo ☐ Farmacista ospedaliero ☐ Farmacista territoriale

☐ Tecnico sanitario di radiologia medica ☐ Infermiere

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 Tel.

E.mail

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

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