

# XXIV RIUNIONE ANNUALE SIR Sezione Puglia LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DEL PAZIENTE REUMATICO

Lecce, 6-7 ottobre 2017

## 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

Cognome.....

Nome .....

Convegno venerd 6 e sabato 7 ottobre

Medico Specializzazione.....

Specializzando  Famacista Territoriale  Famacista Ospedaliero

Corso Infermieri e TDR venerd 6 e sabato 7 ottobre

Infermiere  Terapista della riabilitazione

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.....