

LE DIPENDENZE AL FEMMINILE

Problematiche di genere nei trattamenti delle dipendenze patologiche

Matera, 14 Ottobre 2016

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:

Centro Italiano Congressi - CIC Sud

Viale Esquivà, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736 - E.mail: info@cicsud.it

Cognome Nome

Reperto

ASL/Ospedale di appartenenza

CittàCAP

Tel. Fax.....

E.mail.....Cell.....

Quota di iscrizione

- SOCIO SITD in regola con quota 2016 GRATUITO
- Studenti altre figure non ECM (vedi modalità di pagamento CIC) € 61,00 (i.i.)
- QUOTA BASE riservata a chi non intende associarsi alla SITD (vedi modalità di pagamento CIC) € 146,50 (i.i.)
- INTENDO ASSOCIARMI ALLA SITD per il 2016
- Medici Psicologi Farmacisti Biologi Sociologi
da effettuare in un unico versamento a SITD (vedi modalità di pagamento SITD) € 55,00
- INTENDO ASSOCIARMI ALLA SITD per il 2016
- Infermieri Educatori Assistenti Sanitari Assistenti Sociali
da effettuare in un unico versamento a SITD (vedi modalità di pagamento SITD) € 30,00

Modalità di pagamento CIC

– Assegno non trasferibile N.
della Banca

per l'importo di € 146,50/€ 61,00

– Bonifico Bancario intestato a:

Centro Italiano Congressi CIC Sud - Banco di Napoli - Bari - IBAN IT2750101004015100000018667

– Carta di credito VISA MASTERCARD

N. DATA DI SCADENZA

Intestata a..... Importo da prelevare €

Firma del titolare

Modalità di pagamento SITD

Effettuare il versamento alla Posta o il bonifico bancario sul conto corrente postale, per l'importo di € 55,00/€ 30,00 intestato a:

SITD Società Italiana Tossicodipendenze

conto corrente postale n. 71662449 -ABI 07601 - CAB 10200

IBAN IT9850760110200000071662449

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