

INCONTRI SILVANI IN MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE

FASANO, 12 OTTOBRE 2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare a info@cicsud.it – fax 080/5043736

COGNOME _____ NOME _____

PROFESSIONE _____

SPECIALIZZAZIONE _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

REPARTO _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E.MAIL _____

DATI NECESSARI PER ECM

INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO ABITAZIONE _____

CAP _____ CITTÀ' _____

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

Firma.....

Data.....