

SABATO PUGLIESE

Distretto Integrato Jonico Adriatico
Rete Oncologica Pugliese

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:
Centro Italiano Congressi - CIC Sud

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

Cognome.....

Nome

☐ Medico Specializzazione.....

☐ Farmacista

☐ Biologo

Reparto

ASL/Ospedale di appartenenza

CittàCAP

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.....

CittàCAP

E.mail

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

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