

# GLAUCOMA UP TO DATE

Bari, 10-11 luglio 2015

## 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 .....

Qualifica ☐ Medico Oculista ☐ Ortottista Assistenti di Oftalmologia

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.....