

CORSO DI CARDIOTOCOGRAFIA

Bari, 15 maggio 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

Medico Specializzazione

☐ Ostetrica

Reparto

ASL/Ospedale di appartenenza

CittCAP

Tel. Fax.....

E.mail

Cell.

Modalit di pagamento

Medici ☐ € 120,00

Ostetriche ☐ € 80,00

- Assegno non trasferibile N.
della Banca
intestato a: Centro Italiano Congressi CIC Sud
- Bonifico Bancario intestato a:
Centro Italiano Congressi CIC Sud - Banco di Napoli - Bari
IBAN IT27S0101004015100000018667

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.....