

L'INFORMATIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA IN PUGLIA

Bari, 5 giugno 2015

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:

Centro Italiano Congressi - CIC Sud

Viale Ecrivà, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736

Cognome

Nome

☐ Medico Specializzazione

☐ Farmacista

Reparto

ASL/Ospedale di appartenenza

Città.....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.

CittàCAP.....

E.mail

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

Firma Data