

IL DOLORE PELVICO CRONICO: UN PROBLEMA MULTIDISCIPLINARE APPROCCIO AMBULATORIALE

Bari, 19 settembre 2014

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello via e.mail o fax a:
Centro Italiano Congressi CIC Sud - Viale Escriv , 28 - 70124 BARI
Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736 - e.mail: info@cicsud.it

Cognome..... Nome.....

Qualifica

Medico Specializzazione

Ostetrica

Psicologo

Psicoterapeuta

Reparto

ASL/Ospedale di appartenenza

Citt ..... CAP.....

Tel. Fax

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

Tel. Cell.

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

Firma..... Data