

# Complicanze di interesse endoscopico in Chirurgia e di interesse chirurgico in Endoscopia

Bari, 25-26 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

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

Qualifica  Medico Specializzazione.....

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.....