

NUTRIRE

I venerdì di gastroenterologia

Bari, 2-3 dicembre 2016

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:

Centro Italiano Congressi - CIC Sud

Viale Ecrivà, 28 - 70124 BARI - Tel. 0805043737 - Fax 080.5043736

Cognome.....

Nome.....

Medico ☐ Pediatra ☐ Pediatra di libera scelta

☐ Infermiere ☐ Infermiere pediatrico ☐ Dietista ☐ Biologo

Reparto.....

ASL/Ospedale di appartenenza.....

Città.....

Tel..... Fax.....

Email.....

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 13 dei crediti formativi nel triennio)

Luogo e data di nascita.....

Cod. Fiscale.....

Indirizzo ab.....

Città.....CAP.....

Email.....

GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

Firma Data