

# Sclerosi Multipla *interazione* Ospedale-Territorio

Altamura, 11 dicembre 2015

## SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:

Centro Italiano Congressi - CIC Sud

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

E.mail: info@cicsud.it

Cognome .....

Nome .....

Medico Specializzazione.....

Farmacista       Fisioterapista       Infermiere

Reparto.....

ASL/Ospedale di appartenenza .....

Città.....CAP.....

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

E.mail.....

Cell. ....

## INCONTRO CON IL PAZIENTE

Presso Teatro "Vida"

Via Giardini, 72 - Gravina - Tel 080.3267377

Confermo la mia presenza     Si       No

## 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. ....

Città .....CAP.....

E.mail.....

## GARANZIA DI RISERVATEZZA

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

Firma ..... Data .....