

San Basilio-Mottola, 28 febbraio 2020

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 Specializzaz	ione		
□ Infermieri □ Spe	ecializzando anno		
ASL/Ospedale di appar	tenenza		
Reparto			
Città			CAP
Tel		Fax	
E.mail			
Cell			
		NECESSARI PEI	
Inquadramento professio Libero professionista Se reclutato da sponso (Massimo 1/3 dei crediti fon	a Dipendente r indicarne il nome	☐ Convenzionato	
Luogo e data di nascita			
Cod. Fiscale			
Indirizzo ab			
Città			CAP
E.mail			
GARANZIA DI RIS Autorizzo il trattamento d		ensi del D.lgs n. 196/03	
Firma		Data	a