

4° Incontro Nazionale sulla malattia di Rendu-Osler-Weber (HHT): 1996-2016 cosa è cambiato in 20 anni

PAVIA • 7 MAGGIO 2015

Aula Scarpa - Università degli Studi di Pavia

SCHEDA DI ISCRIZIONE

MEDICO **INFERMIERE**

Cognome Nome

Luogo / Data di nascita

Codice Fiscale

Professione Disciplina

Dipendente Libero Professionista Convenzionato

Istituto/Divisione/Ente

Via

CAP Città Prov.

Tel. Cell.

Fax E-mail

Il sottoscritto Dott. dichiara di:

NON essere stato iscritto da Sponsor Commerciale

ESSERE stato iscritto dal seguente Sponsor Commerciale

(Aziende Farmaceutica o produttrice di dispositivi medicali):

Si ricorda che il limite massimo di crediti formativi acquisibili mediante reclutamento diretto è di un 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento e che all'atto della compilazione e trasmissione agli enti competenti del report contenente l'elenco dei partecipanti ai corsi ECM il Provider dovrà indicare negli appositi spazi il nome dello sponsor

Firma Data

In base al D. Lgs. 196/03 autorizzo Nadirex International s.r.l. al trattamento dei miei dati personali sia in formato cartaceo sia in formato elettronico, ai soli fini dei servizi relativi all'evento compreso il rapporto con il COGEAPS e AGENAS, in relazione all'accreditamento ECM.

Acconsento inoltre a ricevere l'invito dei corsi di Nadirex International s.r.l. SI NO

Firma Data

N.B. I DATI PERSONALI DEVONO ESSERE RIPORTATI IN MANIERA CHIARA, LEGGIBILE E COMPLETA, IN QUANTO SARANNO TRASMESSI PER L'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a: Nadirex International s.r.l.

Tel. 0382/525714 - Fax 0382/525736

e-mail: info@nadirex.com - www.nadirex.com

Si prega di compilare e inviare la presente scheda entro il 30 Aprile 2016

a mezzo posta: presso Nadirex International - Via Riviera 39 - 27100 Pavia

o a mezzo fax: 0382/525736 **o tramite E-mail:** info@nadirex.com