

GIORNATA REGIONALE SULLA NEUROFIBROMATOSI

Aula Thun P.O. Microcitemico, Cagliari – 13 ottobre 2012

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome.....Nome.....
Luogo e data di nascita.....
Codice Fiscale.....
Indirizzo di residenza.....
Città..... CAP.....Prov.....
Tel..Abitazione..... Cell.....Email.....
Professione.....Disciplina.....
Istituto.....
Indirizzo Istituto..... Città.....
CAP.....Tel.Istituto.....

Richiede crediti ECM SI NO

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003

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

Da inviare debitamente compilata alla Segreteria organizzativa via fax al numero 0706092904

Accreditamento ECM richiesto per le figure professionali di medico, biologo e infermiere.