

**Congresso ACOI - Regione Basilicata**  
**DAY SURGERY: NUOVO RAPPORTO TRA SANITA' E**  
**CITTADINI**

**Potenza, 5 ottobre 2006**

(da rinviare compilata in ogni sua parte via fax n° 0971/612214 oppure via e-mail:  
[segreteria.chirurgia@ospedalesancarolo.it](mailto:segreteria.chirurgia@ospedalesancarolo.it))

**Dati personali,**  
*necessari ai fini del riconoscimento dei crediti ECM:*

Nome .....

Cognome .....

Via ..... n° .....

.....

Cap ..... Città .....

..... Provincia .....

Nato/a a ..... il .....

.....

Codice fiscale .....

Ente di appartenenza .....

.....

Tel. .... fax ..... E-

mail .....

Cell. ....

**Viaggio di Andata:**

Partenza da ..... ore .....

.....

Arrivo a ..... ore .....

.....

Pick – up       si       no

Mezzo scelto:     Auto propria     Treno     Aereo

**Viaggio di Ritorno:**

Pick – up       si       no

Partenza da ..... ore .....

.....

Arrivo a ..... ore .....

.....

Mezzo scelto:     Auto propria     Treno     Aereo

**Programma Sociale:**

Cena                       Si                       No

Accompagnatore  Si  No

**Particolari segnalazioni da trasmettere alla Segreteria: .....**

.....

.....

.....