

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Qualifica _____ Specializzazione(*) _____

Cognome (*) _____ Nome (*) _____

Indirizzo Privato (*) _____ Città _____

ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI E PROVINCIA(*) N° _____ Socio ACOI: SI NO

Cap (*) _____ tel (*) _____

fax _____ cell. _____

E-mail _____

data di nascita (gg/mm/aaaa) (*) _____ Luogo Nascita (*) _____

Codice fiscale(*) _____

Ospedale/Università/Azienda/Ente _____

Reparto (*) _____ disciplina (*) _____

Indirizzo lavoro _____ Città _____

Cap (*) _____ tel (*) _____ fax _____

I dati segnalati dall'asterisco (*) devono essere obbligatoriamente compilati ai fini dell'attribuzione ECM.

**INVIARE SCHEDA ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA VIA EMAIL A: info@askservice.it -
fax 0585-917456**

Con riferimento alla legge sulla privacy si autorizza l'organizzazione al trattamento dei dati per finalità strettamente funzionali alla gestione del rapporto e per accreditamento ECM

Data _____

Firma _____