

Riunioni Regionali LICE 2011

Bari, 29 ottobre 2011

SCHEDE DI ADESIONE

da inviare compilata a stampatello a:

Centro Italiano Congressi – CIC Sud

Viale Ecrivà, 28 - 70124 BARI - Tel. 080.5043737 - Fax 080.5043736

Cognome

Nome

Qualifica

Medico Specializzazione.....

 Tecnico di Neurofisiopatologia
 Infermiere

Reparto

ASL/Ospedale di appartenenza

Città CAP

Tel. Fax

Cell: _____

Facoltativo

DATI NECESSARI PER ECM

Su precise esigenze del Min. Sal., si richiede la massima precisione nella compilazione

Inquadramento professionale

☐ Libero professionista ☐ Dipendente ☐ Convenzionato

Se reclutato da sponsor indicarne il nome

(Massimo 1/3 dei crediti formativi nel triennio)

Luogo e data di nascita

[illegible]

Indirizzo ab.

Città.....CAP.....

E.mail

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/03.

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