

VERSO UNA NUOVA RESPONSABILITA' SANITARIA

Mercoledì 4 Maggio 2016, ore 8.30

Sala Napoleonica - Università degli Studi di Milano
Palazzo Greppi - Via S. Antonio, 10 - Milano

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

da compilare e inviare via fax allo **02. 87.15.23.04**
o e-mail info@responsabilitasanitaria.it

4 crediti ECM per **MEDICI**

Titolo PROF. AVV. DOTT. SIG./SIG.RA

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita | | /| | /| | | | |

Cellulare _____ Email _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Cod. Fisc. | | | -| | | | -| | | | | -| | | Partita IVA | | | | | | | | | | | | | |

Ragione Sociale Azienda / Ente _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Cod. Fisc. | | | -| | | | -| | | | | -| | | Partita IVA | | | | | | | | | | | | | |

Recapiti corrispondenza preferiti Personali Azienda / Ente

Sezione dedicata ai MEDICI RICHIEDO CREDITI ECM PER **MEDICI**

Specializzazione _____

Ordine di _____ Numero _____ in data | | /| | /| | | | |

Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI

Professione _____

Il sottoscritto, conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali per consentire la regolarizzazione dei reciproci rapporti e per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e scientifico.

ISCRIZIONE AL CONVEGNO (Gratuita)

OSPITE ISCRIZIONE GRATUITA

Data _____

Firma _____