

Scheda di iscrizione E.C.M.| PROTESI DELL’ANCA,DALAL DIAGNOSI ALLA TERAPIA CHIRURGICA

(DA COMPILARE IN STAMPATELLO)

CODICE FISCALE ……………………………………………….

N.B. non è possibile usufruire dei crediti ECM senza il numero di Codice Fiscale

Titolo del corso:

Nome …………………………………………………………………………………………….………………….....................................

Cognome …………………………………………………………………………………………….…………………................................

Professione ……………………………………………………………………….…………………..................................................

Specializzazione ……………………………………………………………………….…………………...........................................

Ente di appartenenza ……………………………………………………………………….……………………................................

Settore di Attività ……………………………………………………………………………………………………………………………………

Libero professionista Dipendente Convenzionato

Luogo e data di nascita ………………………………………………………………………………………………………………………………

Indirizzo…………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

Città …………………………….Cap. …………………..….. Prov. …………………………………………………………………………………..

Tel…………………..………………..... Fax …………………………..............……………………………………………………………………..

Cell………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail…………………………………………………..........................................................................................................

Si informa che i dati da Lei forniti saranno trattati da Cierredata srl per le procedure relative al Corso, nonché per l’invio di documentazione relativa ad altre iniziative organizzate da cierredata, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali al D.Lgs. 30/06/2003 n. 19 e successive modifiche.

Data………………………………………………………………………………..….

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

… da inviare al numero 06.35295700 oppure compilare , firmare e scansionare e inviare a **ecm@studioomnimed.it**