

EVENTO FORMATIVO ECM

STIPSI e SINDROMI CORRELATE

Sabato 15 ottobre ore 9-12
AUDITORIUM CLINICA COBELLIS
C.da Badia - Vallo della Lucania (SA)

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Tipo Attività dipendente convenzionato libero professionista

Professione _____ Specializzazione _____

Iscritto all'Ordine _____

Sede di lavoro _____ Tel. _____ Fax _____

Indirizzo privato _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

Teléfono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Codice Fiscale _____

Data _____

Firma

La partecipazione è gratuita. La presente scheda, compilata in ogni sua parte, deve essere consegnata oppure inviata entro il 13 ottobre alla Segreteria Organizzativa a mezzo fax al numero 0974.75042 oppure via mail all'indirizzo mail cobellisclinica@yahoo.it