

SCHEDA DI ISCRIZIONE

“ V Corso teorico pratico in Pediatria ”

14-28 Aprile 2018 12-26 Maggio

Da consegnare o inviare tramite fax (0825/35435) presso

la Segreteria

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

o al seguente indirizzo e-mail

info@ordinemedici-avellino.it

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo e Data di Nascita: _____

Residenza: _____

Via: _____ C.A.P. : _____

N.Tel.: _____

N. Cell.: _____

e-mail : _____

Professione (obbligatorio) : _____

Disciplina (obbligatorio) : _____

Codice Fiscale : _____

Data _____ Firma _____

Dipendente Libero Professionista Convenzionato

Consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il trattamento dei dati personali che La riguardano viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 196/2003 sulla tutela dei dati personali.

Accetto Non accetto Firma _____

Il corso è riservato ai primi 100 iscritti.

L'iscrizione è personale. Non verranno accettate iscrizioni cumulative.

Per l'attribuzione dei crediti ECM sarà necessaria la presenza a tutti gli incontri.

Organizzatore ECM

Dott. Michele Lippiello

E-mail: ktmlippiello@alice.it

cell. 335 5262843 - fax 0825 625693

Segreteria scientifica

Dott. Michele Lippiello - Dott. Francesco Sellitto