SCHEDA DI ISCRIZIONE

Itinerari di Pronto Soccorso 2014

FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO 22-23 MAGGIO 2014

Cognome		Nome							
Professione	Medico	□ Medico Under 35	□ Sp	ecializzando		□ Infermiere			
Disciplina (per m	nedici)								
socio SIMEU	□SI □NO)							
Personale Fonda	azione IRCCS F	Policlinico San Matteo	□SI		□NO				
Si prega di indicare con attenzione le tipologie di Corsi ai quali si desidera partecipare:									
ISCRIZIONE MEDICI / MEDICI UNDER 35 / SPECIALIZZANDI: Sessione Plenaria (22-23 maggio)									
ISCRIZIONE INFERMIERI: □ Area Nursing (22 maggio)				□ Area Nursing (22 maggio) + Sessione Plenaria (solo 23 maggio)					
□ Allego copia bonifico di € □ Invio in seguito copia bonifico di €									
Richiesta crediti	ECM	⊓SI ⊓NO							

DATI PERSONALI

Cognome	Nome		Data di nascita/							
Luogo di nascita	ProvCF			<i> </i>						
Indirizzo Privato	(CapCittà_		Prov						
TelCell	e-mail*		@							
Ente/Società										
	Città			Prov						
*Tutte le iscrizioni accettate saranno c	confermate all'indirizzo mail indicato	al ricevimento dell'a	ittestazione di pagamento) (bonifico bancario).						
Intestazione fattura (da compilare so □ privato □ ditta/ente privato □ e	·									
COGNOME e NOME / RAGIONE SO	CIALE									
INDIRIZZO:	CAP	CITTA'		PROV						
P.IVA / COD.FISC.										
Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.										
Data	_ Firma_									