

SCHEDA DI ISCRIZIONE

ONE DAY WORKSHOP

FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO

24 MAGGIO 2014

Cognome _____ Nome _____

Disciplina _____

Tel _____ Cell. _____ e-mail* _____ @ _____

Ente/Società _____

_____ Città _____ Prov _____

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, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.

Data _____

Firma _____