



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Richiesta crediti ECM SI NO Iscrizione SIMEU SI NO

Professione Specializzando Medico (disciplina _____)
 Infermiere Ostetrico Altro _____

Azienda Ospedaliera _____

_____ Città _____ Prov _____

Tel _____ Cell _____

E-mail* _____ @ _____

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.

Si prega di scrivere in modo leggibile.

ISCRIZIONE PER MEDICI

- SESSIONE PLENARIA** (14 e 15 maggio)
(SOCIO SIMEU € 73,20; NON SOCIO SIMEU € 134,20; Specializzando NON SOCIO SIMEU € 42,70)
- CORSO RISCHIO CLINICO** (13 maggio)
(SOCIO SIMEU € 97,60; NON SOCIO SIMEU € 183,00)
- RISCHIO CLINICO + SESSIONE PLENARIA** (13-14-15 maggio)
(SOCIO SIMEU € 146,40; NON SOCIO SIMEU € 268,40)

ISCRIZIONE PER INFERMIERI E OSTETRICI

- AREA NURSING** (14 maggio)
(SOCIO SIMEU € 30,50; NON SOCIO SIMEU € 42,70)
- AREA NURSING + SESSIONE PLENARIA** (14-15 maggio)
(SOCIO SIMEU € 48,80; NON SOCIO SIMEU € 61,00)

PAGAMENTO

- Allego copia bonifico di € _____ Invio in seguito copia bonifico di € _____
- Iscrizione gratuita, per il personale della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
- Iscrizione su invito della ditta _____

SEGUE

----->

Da inviare alla Segreteria Organizzativa via mail (congressi@smatteo.pv.it)
o via fax (0382 502508) entro il **6 MAGGIO 2015**

