

II CORSO NAZIONALE DI ECOGRAFIA CLINICA SIEMC

RIMINI, 4 - 7 OTTOBRE 2015
AQUA HOTEL + ARIA HOTEL

Scheda di adesione
da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

Via Tasselgardo, 68 - 76125 Trani (BT)
fax 0883.954388
mail: info@e20econvegni.it

COGNOME _____

NOME _____

C.F. _____

MEDICO CHIRURGO (area interdisciplinare)

SPECIALIZZAZIONE _____

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

CITTA' _____

PROV. _____ C.A.P. _____

EMAIL _____

CELL. _____

- dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza
- dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza

Invitato dall' Azienda Sponsor _____

QUOTA D'ISCRIZIONE

- PARTECIPAZIONE AL CORSO € 475,00 (+ IVA 22%)
- PARTECIPAZIONE AL CORSO + OSPITALITA' € 740,00 (+ IVA 22%)

Modalità di pagamento con Bonifico bancario intestato a :
e20econvegni s.r.l. - presso Banco di Napoli - filiale di Trani (Bt)
IBAN : IT 24P 01010417231 0000000 6078

Si prega di specificare nella causale "Iscrizione II Corso Nazionale SIEMC
Rimini, 4 - 7 ottobre 2015"

Fatturare a : _____

Indirizzo abitazione: _____

Città _____ C.A.P. _____

P.IVA/Cod.Fisc. _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs 169/2003

DATA _____

FIRMA _____

SEMINARI DI ECOGRAFIA CLINICA SIEMC

RIMINI, 5 - 6 OTTOBRE 2015

AQUA HOTEL

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

Via Tasselgardo, 68 - 76125 Trani (BT)

fax 0883.954388

mail: info@e20econvegni.it

COGNOME _____

NOME _____

MEDICO CHIRURGO (AREA INTERDISCIPLINARE)

Specializzazione _____

SPECIALIZZANDO (iscritto regolarmente alla SIEMC)

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

TEL. _____ FAX _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

Dati necessari per ECM

COD.FISC. _____

INDIRIZZO AB. _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

CELL. _____

EMAIL _____

dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza

dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza

Invitato dall' Azienda Sponsor _____

N.B. Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2014-2016 pari a n. 150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs 169/2003

DATA _____ FIRMA _____