

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

fax 0883.954388 - mail: cristina@e20econvegni.it

COGNOME _____

NOME _____

C.F. _____

MEDICO CHIRURGO DI AREA INTERDISCIPLINARE
(specificare specializzazione) _____

**MEDICO CHIRURGO
IN FORMAZIONE
SPECIALISTICA**

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

CITTA' _____

PROV. _____ C.A.P. _____

E MAIL _____

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) _____

N.B. Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2017-2019, pari a n. 150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

QUOTA ISCRIZIONE:

La quota d'iscrizione al Corso è di € 549,00 (iva 22% inclusa). Il versamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato entro e non oltre il 1 febbraio 2019, mediante bonifico bancario su C.C. della Banca Popolare Pugliese, intestato all'Azienda Ospedaliero Universitaria OO.RR. di Foggia.

IBAN IT 82 R 0526 2797 48 T2099 0000 671

Causale: "ISCRIZIONE 3° CORSO DI ECOGRAFIA INTERNISTICA SIEMC – FOGGIA 9/02/2019 – 29/11/2019"

Fatturare a: _____

Indirizzo abitazione: _____

Città: _____ C.A.P. _____

P.IVA/Cod. Fisc.: _____

DATA _____

FIRMA _____