

CLINICA E ORGANIZZAZIONE NELLE REUMATOLOGIE DI AREA VASTA ROMAGNA

Sabato, 7 Dicembre 2013

Aula Didattica - Laboratorio Unico di AVR
Piazzale Liberazione 60 - Pievesestina (FC)

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare, compilata in ogni sua parte, a INTERMEETING
entro il 04/12/2013 tramite mail (segreteria@intermeeting.it)
o tramite fax (0039 0521 228981)

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Num. iscr. Ordine, Collegio, Assoc. _____

PROFESSIONE:

MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN:

Reumatologia

Medicina Interna

Medicina Generale

Medicina Fisica e Riabilitazione

Malattie dell'Apparato Respiratorio

Altro _____

INFERMIERE PROFESSIONALE

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

Ente/Istituto _____

Indirizzo Ente _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

e-mail _____

Indirizzo personale _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____

Cellulare _____

In ottemperanza all'art. 23 del D.Lgs. n° 196/03 del 30 giugno 2003,
presto il consenso al trattamento dei miei dati

Data _____ Firma _____