



SCHEDA ISCRIZIONE

ECM

NO ECM

“La Riabilitazione Respiratoria nelle malattie Neurologiche”

Id. ECM 200169

Ospedale San Giovanni Battista – ROMA

22, 23, 29 e 30 settembre 2017

NOMECOGNOME

(Per favore scrivere in stampatello)

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

libero professionista dipendente convenzionato non occupato

c/o struttura

Qualifica professionale

Iscritto all’Ordine/Collegio/ASS. prof.li num

REC. TEL.....E-MAIL

CODICE FISCALEP.IVA.....

RESIDENTE (città, cap e via).....

.....
Il sottoscritto è consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi specifiche in materia (DPR 445/2000).

A conferma dell’iscrizione di prega inviare al fax 0665596484 oppure via email formazione@acismom.it copia del bonifico, intestato ad A.C.I.S.M.O.M. unitamente alla presente scheda di iscrizione.

La segreteria organizzativa confermerà la regolarità della registrazione

Data

Firma del partecipante

Il sottoscritto acconsente che i suoi dati personali siano oggetto di trattamento da parte di questo provider ai fini di informazione dell’Evento Formativo e siano inseriti nell’applicazione ECM.ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Firma del partecipante
