

# GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE CIRROTICO

Ostuni (BR) | 26 - 27 maggio 2017 | Hotel Monte Sarago

**Scheda di adesione**  
da inviare compilata in stampatello a:

**e20econvegni s.r.l.**

Via Tasselgardo, 68 - 76125 Trani (BT)

fax 0883.954388

mail: [alessandra@e20econvegni.it](mailto:alessandra@e20econvegni.it)

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

MEDICO CHIRURGO di area interdisciplinare  
*specificare specializzazione* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 INFERMIERE

\_\_\_\_\_  
 BIOLOGO

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

## Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO AB. \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

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

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs. 196/2003.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_