

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

Via Tasselgardo, 68 - 76125 Trani (BT)

fax 0883.954388

mail: cristina@e20econvegni.it

COGNOME _____

NOME _____

☐ MEDICO CHIRURGO specialista in

☐ ANGIOLOGIA

☐ MALATTIE METABOLICHE
E DIABETOLOGIA

☐ NEFROLOGIA

☐ CARDIOLOGIA

☐ MEDICINA E CHIRURGIA
D'ACCETTAZIONE E DI
URGENZA

☐ NEUROLOGIA

☐ ENDOCRINOLOGIA

☐ PEDIATRIA

☐ GERIATRIA

☐ RADIOLOGIA

☐ MALATTIE
DELL' APPARATO
RESPIRATORIO

☐ MEDICINA GENERALE

☐ REUMATOLOGIA

☐ MEDICINA INTERNA

☐ UROLOGIA

☐ INFERMIERE

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 _____