

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 _____ SOCIO SIUMB SI ☐ NO ☐

☐ MEDICO CHIRURGO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

TEL. _____ FAX _____ CITTÀ _____ C.A.P. _____

Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO AB. _____ CITTÀ _____

CAP _____ CELL. _____ EMAIL _____

☐ 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 D'ISCRIZIONE

☐ MEDICI SPECIALIZZANDI
€ 850,00 (IVA 22% inclusa)

☐ MEDICI SOCI SIUMB
€ 1.300,00 (IVA 22% inclusa)

☐ MEDICI NON SOCI SIUMB
€ 1.500,00 (IVA 22% inclusa)

Il versamento della quota d'iscrizione dovrà essere fatto mediante bonifico bancario in favore di e20econvegni s.r.l. - presso Banca Intesa Sanpaolo - filiale di Trani (BT) - IBAN: IT 81 S 03069 41725 1 0000 000 6078
Si prega di specificare nella causale "3° Corso teorico-pratico di ecografia clinica di base - SIUMB - Foggia 24/1/2019 - 28/6/2019"

Fatturare a : _____

Indirizzo abitazione: _____ Città _____

C.A.P. _____ p.iva/C.F. _____

DATA _____

FIRMA _____