

SCUOLA SIUMB DI FOGGIA

3° Corso teorico-pratico di ecografia specialistica nefrologica

Azienda Ospedaliero Universitaria OO.RR.

Foggia, 4 aprile - 25 ottobre 2019

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 specialistica nefrologica - SIUMB Foggia - 4/04/2019 - 25/10/2019"

Fatturare a _____

Indirizzo abitazione _____ Città _____

C.A.P. _____ P.IVA/C.F. _____

email PEC _____ Codice destinatario _____

DATA _____

FIRMA _____