

COGNOME _____ NOME _____

SPECIFICARE PROFESSIONE E DISCIPLINA _____

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

CELL. _____ FAX _____ CITTÀ _____ C.A.P. _____

CODICE FISCALE _____ E-MAIL _____

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 | La quota di iscrizione potrà essere versata in sede congressuale all'atto della registrazione

- SOCIO CARD IN REGOLA CON L'ISCRIZIONE 2019 - GRATUITO*
 € 50,00 I.I. (personale dirigente medico e non medico)
 € 30,00 I.I. (personale del comparto dei vari profili professionali)

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

DATA _____

FIRMA _____