

Scheda di adesione

Da inviare compilata in stampatello a

e20econvegni s.r.l.

Fax 0883.954388-mail:cristina@e20econvegni.it

COGNOME _____ NOME _____

MEDICO CHIRURGO Specialista in

REPARTO O ENTE DI APPARTENENZA _____

TEL _____ FAX _____

CITTA' _____ CAP _____

DATI NECESSARI PER ECM

CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO ABITAZ. _____

_____ CITTA' _____ CAP _____

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 2020-2022, pari a n. 150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende.

DATA _____

FIRMA _____