

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

mail: segreteria@e20econvegni.it

COGNOME _____ NOME _____

 MEDICO CHIRURGO di area interdisciplinare
 specificare specializzazione

 INFERMIERE
 FARMACISTA
 FISIOTERAPISTA

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

_____ TEL. _____ FAX. _____

CITTÀ _____ C.A.P. _____

Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO AB. _____

_____ CITTÀ _____ C.A.P. _____

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 2023-2025, pari a n.150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

Trattamento dei dati personali ai sensi del "Regolamento UE 2016/679"

DATA _____ FIRMA _____