

Scheda di Iscrizione Corsi di Formazione E.C.M.

Nome		Cognome	Codice Fiscale
Luogo di nascita			Data di nascita
Città di residenza		C.A.P.	Indirizzo
Telefono	Cellulare		E-mail
Struttura di appartenenza			Unità Operativa e sede di lavoro (Città)
Professione			Disciplina

Concedo il consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs 196/03, essendo consapevole che in mancanza del mio consenso la Vostra Società non può dare corso ad ulteriori servizi richiesti.

Gentile Partecipante, La preghiamo di compilare la presente scheda di iscrizione in maniera chiara e leggibile (stampatello), e in ogni sua parte.

Sede di svolgimento

C.F.O.P. Don Tonino Bello, via B.Buozzi 3 a/b, 76123 Andria (BT)

CALENDARIO		PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI
Data inizio	Titolo Evento	Segreteria organizzativa
I° Edizione	<p>“Il sistema qualità e l’accreditamento delle strutture sanitarie”</p> <p>Rivolto esclusivamente a: Medico chirurgo, Odontoiatra, Farmacista, Veterinario, Psicologo, Biologo, Chimico, Assistente sanitario e altri partecipanti esclusi dall’obbligo dei crediti</p> <p>Ore totali: 18</p>	<p>Email: ecm@centrodiformazione.it</p> <p>Fax: 0883/598521</p>
14-15 Settembre 2012		
II° Edizione		
—		

Data

Firma