SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso di Formazione Permanente in Medicina
PROBLEMI CLINICI IN NEUROLOGIA

Senigallia, 27 Marzo 2010

da inviare a: Centro Servizi Congressuali C.S.C. S.r.l. Via L.S. Gualtieri, 11 - 06123 Perugia
Fax 075/5730619 entro e non oltre il 21 marzo 2010.

Dati Anagrafici

Cognome _____

Titolo _____ **Nome** _____

Professione _____

Disciplina _____

Indirizzo Postale _____

C.A.P. _____

Città _____ **Prov.** ____

CF _____

Luogo di nascita _____ **Prov.** ____

Data di nascita ____ ____ **19** ____

I dati sopra richiesti sono obbligatori ai fini dell'accreditamento ECM.

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

Ente di appartenenza _____

Data _____ ***Firma*** _____

Si autorizza a trattare, comunicare, anche con strumenti informatizzati, i dati indicati nella presente scheda solo per finalità inerenti il Congresso e, ove ricorre, per l'accreditamento E.C.M. (ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. 196/2003).

Data _____ ***Firma*** _____

TIPOGRAFIA METASTASIO - ASSISI