SCHEDA DI ISCRIZIONE

Corso di Formazione Permanente in Medicina

# LE PATOLOGIE DELLE ARTERIE DALL'ARTERIOSCLEROSI ALLE VASCOLITI

Osimo, 22 Maggio 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 14 maggio 2010.

**Medico** ☐ **Infermiere** ☐

## 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