

--	--

**Corso di Formazione Permanente
in Medicina**

**Patologie con interessamento renale:
casi clinici**

Colli del Tronto (AP), 17 Aprile 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 9 aprile 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 _____