

IL PERCORSO CLINICO INTEGRATO DEL PAZIENTE CON MALATTIA CRONICA INFIAMMATORIA

19 - 20 Maggio 2017
Palazzo San Giorgio - Trani

COGNOME

NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

QUALIFICA

DISCIPLINA / SPECIALIZZAZIONE

REPARTO

OSPEDALE / ISTITUTO DI APPARTENENZA

CITTÀ CAP

TEL. FAX

DATI NECESSARI PER ECM

si richiede la massima precisione nella compilazione per precise esigenze del Min. Sal.

CODICE FISCALE

INDIRIZZO ABITAZIONE

CITTÀ

E-MAIL

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Il trattamento dei dati personali che la riguardano viene svolto nel rispetto
di quanto stabilito dal D.lgs 196/2003 sulla tutela dei dati personali

FIRMA

DATA / /

Da spedire per fax allo 080.4038597 o via mail a: adrcongressi@gmail.com