.... EVENTI .... FORMAZIONE .... AGGIORNAMENTO .... PROFESSIONALE ...

Modulo d'Iscrizione dell'Evento dal titolo:
"TEMI DI MEDICINA DEL LAVORO PER IL MEDICO COMPETENTE "
Evento accreditato ECM da diritto a 50 crediti formativi

Le date: 19 gennaio, 9 febbraio, 16 marzo, 13 aprile, 18 maggio 2018.

Informazioni Partecipante:

Nome Cognome
Luogo di nascita **Provincia di nascita** **Data di nascita**
Codice fiscale
Indirizzo **Città'**
Comune **cap**
Telefono **Fax**
Cellulare **E-mail**
Laurea **Specializzazione**
N° d'iscrizione all'albo e a quale ordine è iscritto
Professione
Specificare se:
Libero professionista
Dipendente
Convenzionato
Dati per la fatturazione
Ragione sociale (ente di appartenenza)
Indirizzo
Comune **cap** **Provincia**
Codice fiscale **Partita IVA**

La quota d' iscrizione è di Euro 490, 00.

Si provvede al versamento della quota di iscrizione entro il 23 ottobre 2017

- **a mezzo versamento sul Conto Corrente –IBAN IT73M0326804800052671519560**

intestato all' Associazione EFAP- Eventi, Formazione, Aggiornamento Professionale
Specificare causale "evento per medici del lavoro e indicare nome e cognome del partecipante".
Inviare il modulo di iscrizione debitamente compilato in stampatello e firmato comprensivo della ricevuta dell'avvenuto pagamento
via MAIL all'indirizzo mail associazione.efap@gmail.com all'attenzione della Dottoressa Maria Alessandra Pischedda.
Acconsento al trattamento dei miei dati personali (Legge 196/03)
SI
NO

DATA **FIRMA**

Per qualsiasi informazione rivolgersi alla segreteria organizzativa dell'EFAP:
Dott.ssa Maria Alessandra Pischedda
cell. 3346569320, e-mail mariaalessandrapischedda@gmail.com