

Segreteria organizzativa:
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Terni
Strada di Cardeto, 67 – 05100 Terni – tel. 0744/300175 fax 0744/305917

SCHEDA DI ADESIONE DA FAR PERVENIRE ALLA SEGRETERIA
entro il 18 aprile 2018

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ il _____

Cod. Fisc. _____

Medico

Odontoiatra

(in caso di doppia iscrizione contrassegnare l'Albo per il quale si richiedono i crediti ECM)

Disciplina _____

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Residente a _____

Cap _____ Via _____

Chiede di essere ammesso a partecipare all'evento:

“Disturbi del comportamento alimentare”
21 aprile 2018

presso la Sala Conferenze “Maurizio Gentile”
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Terni
Strada di Cardeto, 67

Autorizza la trasmissione dei dati personali per gli adempimenti relativi all'accREDITAMENTO dei corsi ai fini dell'Educazione Continua in Medicina.

Data _____

Firma _____