

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il partecipante deve compilare e firmare il modulo in ogni sua parte senza omissioni e in stampatello, pena l'invalidazione dell'iscrizione. Tutti i campi sono obbligatori.



EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Titolo dell'evento _____

Data/e dell'evento _____

Luogo dell'evento _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ ()

Indirizzo _____

Codice fiscale _____

Città _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

e-mail _____

Professione _____

Disciplina _____

Libero Professionista Dipendente Convenzionato

Reclutamento diretto da parte dello sponsor SI NO

Nome dello Sponsor _____

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, Il sottoscritto interessato al trattamento dei dati personali, acquisite le informazioni all'indirizzo www.collagecongressi.it o ivi allegate fornite da Collage s.r.l., titolare del trattamento

Dà il consenso Nega il consenso

Luogo

Data

Firma

ORGANIZZAZIONE E PROVIDER



Via U. Giordano, 37/A - 90144 Palermo

Tel. 091 6818545 - Fax 091 9889354

e-mail: info@collagecongressi.it

web: www.collagecongressi.it