

CORSO ILS – PROVIDER IRC

Sala Convegni, Istituto Iperbarico S.p.A, Villafranca di Verona – 7/2/2012

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare per mail (istituto@terapiaiperbarica.com oppure manuel.nasole@terapiaiperbarica.com)
o fax (045-6300597)

(SCRIVERE A STAMPATELLO) *Dati necessari per ottenere i Crediti ECM

Cognome * _____ Nome * _____

Codice Fiscale * _____

Abitante a * _____ via _____ n. _____ C.A.P. _____

Tel. o cell. _____ Fax _____

E-mail* _____

Ordine o Collegio* _____ della provincia di _____

provincia nella quale opera prevalentemente _____

FATTURARE A: *Dati necessari per fini fiscali

Cognome _____ Nome _____

Ente _____

Codice Fiscale/Partita IVA** _____

Via _____ n. _____ C.A.P. _____ Città _____

Qualifica:

- Medico Specialista in.....
- Medico di Base
- Infermiere
- Odontoiatra

Profilo lavorativo attuale:

- Dipendente SSN
- Convenzionato del SSN
- Libero professionista in ambito sanitario
- Altro (specificare)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n° 196 del 30/06/03 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Data.....Firma.....