



**1° Corso Nazionale di Formazione ADOI
Rimini, 10-11 Novembre 2007**

Domanda di iscrizione

Si richiedono i crediti ECM? SI NO Medico

Cognome _____ Nome _____

Sede di lavoro _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ Provincia _____ Tel. lavoro _____

Cell. _____ Fax _____ E-mail _____

Professione _____ Disciplina _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Indirizzo privato _____ C.A.P. _____

Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Data di arrivo _____ Data di partenza _____

La partecipazione al Corso è gratuita e riservata a 100 giovani medici regolarmente iscritti all'A.D.O.I. ed è comprensiva di:

- Iscrizione al Corso
- Sistemazione alberghiera presso la sede congressuale con trattamento di pernottamento per il giorno 10 novembre e prima colazione
- Colazione di lavoro

Inviare a: **ITALYMEETING srl** – Via Parsano, 6/b - 80067 SORRENTO (NA) - Tel. 0818073525 - 0818784606
Fax 0818071930 - E-mail: info@italymeeting.it

Io sottoscritto/a in piena conoscenza della Lg. 31/12/1996, n.675, ed in particolare degli artt. 11,20,22,24 e 28 acconsento, sino a revoca scritta da parte mia, al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali ad opera della Italymeeting srl nei limiti di detta legge. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto della vigente normativa.

Data _____ Firma _____