

CORSO ABDs

Roma, 25 settembre 2009

Evento ECM n. 5165-9025689

Scheda di iscrizione

Si richiedono i crediti ECM? SI NO

Medico Biologo

Cognome _____

Nome _____

Sede di lavoro _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

Tel. lavoro _____ Fax _____

E-mail _____

Professione _____ Disciplina _____

Nato a _____ il _____

C.F. _____

Indirizzo privato _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ Fax _____

Cell. _____

E-mail _____

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 _____