SCHEDA ISCRIZIONE

ANCONA 25 SETTEMBRE 2017

Dati Anagrafici	
Codice Fiscale	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Dati Professionali	
Titolo	Medico ☐ Infermiere ☐ Altro:
Ospedale	
Reparto	
Telefono cellulare	
e - mail	

I dati sopra riportati saranno utilizzati ai soli scopi amministrativi legati alla rendicontazione delle attività del corso. E' esclusa ogni forma di cessione dei dati per scopi commerciali o pubblicitari. Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Dlgs. 196/2003.

Restituire la scheda di iscrizione compilata in ogni sua parte al Centro Regionale Trapianti della Regione Marche entro il 20 settembre.

Fax : 071 596 3625

e – mail: segreteria.crt@ospedaliriuniti.marche.it

Per qualsiasi comunicazione o chiarimenti chiamare la segreteria dalle h. 08:00 alle h. 13:00 al numero 071 596.4599

– Attribuiti **4** crediti ECM