Azienda Ospedaliero Universitaria
OSPEDALI RIUNITI
Umberto I - G.M.Lancisi - G.Salesi
Ancona

inviare al fax: 071/36575

modulo di iscrizione/prenotazione

(il programma è consultabile in: www.ecmmarche.it)

ECHO MARATHON, UNA CORSA SENZA SOSTA NELLA PATOLOGIA CARDIACA FETALE

Io Sottoscritto _____

parteciperò al Corso nei giorni **25-26-27 febbraio 2010**

Cognome* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome* _|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo e data di nascita* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cod. Fiscale*|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Professione * |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo*|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CAP* |__|__|__|__|__| Città* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prov.* |__|__|

Tel* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Cell |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Email |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SOD DI APPARTENENZA:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Ai sensi del D.Lgs.196/2003 conferisco il consenso al trattamento dei dati di cui sopra esclusivamente per le finalità legate alla mia partecipazione al Corso ECM sopra titolato.

Firma

_____

ATTENZIONE! SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO
La mancata compilazione dei campi con * comporta il non corretto inserimento dei dati ai fini ECM.