

AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT

**Barletta – Andria – Trani - Bisceglie – Canosa di P. – Margherita di S. –
Minervino M. – S. Ferdinando di P. – Spinazzola - Trinitapoli**

Oggetto: SCHEDA ISCRIZIONE

**CONVEGNO SMA/SLA
21 NOVEMBRE 2015
SALA JOLLY IL BRIGANTINO 2
BARLETTA
Ore 8.30 – 13,00**

Il/la sottoscritto _____
nato a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ c.a.p. _____
Via _____ n° _____
Professione _____
U. O. di appartenenza _____
del P.O./Serv./ _____
tel _____ Cell.* _____
Indirizzo posta elettronica _____

Chiede

L' iscrizione al convegno in oggetto

Firma del Partecipante

**Le domande dovranno essere inviate alla Segreteria Organizzativa del Convegno
assegnodicura@auslbatuno.it**