

CORSO TEORICO - PRATICO

Diagnosi e Trattamento delle Aritmie in Pronto Soccorso

Trani, 26 maggio 2016 - Auditorium dell'Ordine dei Medici

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20convegni s.r.l.

Via Tasselgardo, 68 - 76125 Trani (BT)

fax 0883.954388 - mail: info@e20convegni.it

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____

MEDICO CHIRURGO specialista in:

CARDIOLOGIA

MEDICINA E CHIRURGIA
DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA

ANESTESIA E
RIANIMAZIONE

MEDICINA GENERALE

MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

MEDICO IN FORMAZIONE 118

MEDICO IN FORMAZIONE MEDICINA DI BASE

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

CITTA' _____ PROV. _____ C.A.P. _____

EMAIL _____ CELL. _____

dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza

dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza

Invitato dall'Azienda Sponsor _____

N.B. Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2014-2016, pari a n.150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende

QUOTA D'ISCRIZIONE

Medici Chirurghi Soci SIMEU e SIEC € 50,00 (IVA 22% inclusa)

Medici Chirurghi non Soci SIMEU e SIEC € 100,00 (IVA 22% inclusa)

Medici in Formazione Specialistica, Formazione 118,
Formazione Medicina di Base Soci SIMEU € 20,00 (IVA 22% inclusa)

Medici in Formazione Specialistica, Formazione 118,
Formazione Medicina di Base non Soci SIMEU € 40,00 (IVA 22% inclusa)

Modalità di pagamento con Bonifico bancario intestato a:
e20convegni s.r.l. - presso Banco di Napoli - filiale di Trani (Bt)
IBAN: IT 24P 01010417231 0000000 6078

Si prega di specificare nella causale "Iscrizione Corso teorico - pratico Diagnosi e Trattamento delle Aritmie in Pronto Soccorso".

La disdetta dovrà pervenire entro il 19/05/2016 e consentirà il rimborso nella misura del 50% della quota corrisposta.

Fatturare a: _____

Indirizzo abitazione: _____

Città _____ C.A.P. _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. lgs 169/2003

DATA _____ FIRMA _____