

|| ECOGRAFIA ||
|| CLINICA ||
TORACO-POLMONARE

Barletta, 6 Maggio 2015 (I edizione)
Barletta, 7 Maggio 2015 (II edizione)
Hotel dei Cavalieri

Scheda di adesione
da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

Via Tasselgardo, 68 - 76125 Trani (BT)
fax 0883.954388
mail: info@e20econvegni.it

COGNOME _____

NOME _____

C.F. _____

MEDICO CHIRURGO specialista in:

CHIRURGIA GENERALE

MEDICINA INTERNA

CARDIOLOGIA

NEFROLOGIA

EMATOLOGIA

MEDICINA E CHIRURGIA
D'ACCETTAZIONE E
D'URGENZA

ANESTESIA E
RIANIMAZIONE

PEDIATRIA

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

Chiede di partecipare al Corso in data:

6 maggio 2015

7 maggio 2015

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

Soci SIMEU e Winfocus € 183,00 (IVA 22% inclusa)

Medici Specializzandi € 122,00 (IVA 22% inclusa)

Non Soci € 244,00 (IVA 22% inclusa)

Modalità di pagamento con Bonifico bancario intestato a :
e20econvegni 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 su Ecografia Clinica toraco-polmonare " e la data in cui si desidera partecipare.

La disdetta dovrà pervenire entro il 24/04/2015 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 _____