

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN EMATOLOGIA

*Raccomandazioni condivise
tra ospedale e territorio*

Trani, 20 febbraio 2016
Museo Diocesano c/o Palazzo Lodispoto

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 _____

Medico di Medicina Generale

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

TEL. _____ FAX _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO AB. _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

CELL. _____

E-MAIL _____

☐ 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

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D .lgs. 196/2003.

DATA _____ FIRMA _____