

Trani, 30 maggio 2017 | Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

## Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

**e20econvegni s.r.l.**

fax 0883.954388

mail: [staff@e20econvegni.it](mailto:staff@e20econvegni.it)

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

**MEDICO CHIRURGO di area interdisciplinare**

*specificare specializzazione* \_\_\_\_\_

**FARMACISTA TERRITORIALE**

**FARMACISTA OSPEDALIERO**

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 2017-2019, 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 \_\_\_\_\_