Fac- simile istanza di iscrizione Da trasmettere esclusivamente via fax al 081 /7614387

All'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri Napoli

Io sottoscritto Dr. _____

nato il _____ a _____

residente a _____ alla Via_____

C.F. _____

laureato in Medicina e Chirurgia, iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Codesto Ordine al N_____

professione_____

disciplina_____

Attività svolta barrare la parte che interessa

Libero professionista ☐

Dipendente ☐

Convenzionato ☐

CHIEDO

di essere iscritto al Corso ECM

"*La Comunicazione Medico-Paziente: Il Dialogo Con Il Malato Quale Strumento Concreto Per L'alleanza Terapeutica*"

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente

indirizzo:_____

Recapito telefonico n._____ CELL._____

e-mail_____

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

Firma

Data_____ **_____**

Via Riviera di Chiaia, 9/c 80122 Napoli tel. 081 660544 fax 081 7614387 ordmed@ordinemedicinapoli.it