

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

All'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri Napoli

Io sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

disciplina \_\_\_\_\_

Specializzazione \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi  
Al N° .....

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri  
Al N° .....

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

Libero professionista	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
Convenzionato	<input type="checkbox"/>

CHIEDO di essere iscritto al Corso ECM

“Le nuove frontiere del sapere scientifico. Le potenzialità dell' e-learning in campo medico ed odontoiatrico”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

