

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	Attività svolta (barrare la parte che interessa)	
Al N°	Libero professionista	☐
	Dipendente	☐
	Convenzionato	☐

CHIEDO di essere iscritto al Corso ECM
"Il timing medico-chirurgico: risvolti tecnici e problematiche etiche e medico-legali medico-legali"

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ **CELL.** _____

e-mail _____

Data _____ **Firma** _____

