

Corso ECM "PRIMO SOCCORSO"

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°

Edizioni Medici Chirurghi
Mercoledì 22/01/2014
Mercoledì 26/02/2014
Martedì 25/03/2014
Lunedì 26/05/2014
Giovedì 12/06/2014
Sabato 12/07/2014

Edizioni Odontoiatri
Mercoledì 12/02/2014
Venerdì 14/03/2014
Mercoledì 09/04/2014

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

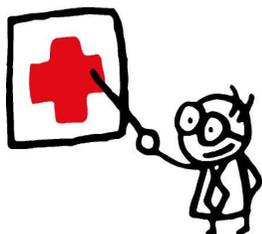
Libero professionista	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
Convenzionato	<input type="checkbox"/>

CHIEDO di essere iscritto al Corso ECM
"PRIMO SOCCORSO"

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____



Data _____ Firma _____