

SCHEDA DI ISCRIZIONE

A.I.D.M. SEZIONE DI NAPOLI "POLINNIA MARCONI"

11° CORSO DI FORMAZIONE ECM

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Napoli
Riviera di Chiaia, 9/C – Napoli

Donne Medico e Lavoro – Storia, criticità, novità

Napoli 21 novembre 2013

PARTECIPANTE (compilare in stampatello e inviare per e-mail a : dott.silvanacapasso@libero.it)

Nome.....

Cognome.....

Via.....

Città.....(.....)cap.....

Telefono.....cell.....E-mail.....

Qualifica.....N° Iscriz. Ordine dei Medici.....

Istituto.....

Socia AIDM Polinnia Marconi Sì No

Esprimo consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. L. 196/03.

I dati saranno trattati ai fini di erogare i servizi connessi (crediti ECM). Non saranno diffusi nè comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti

.....
Firma

Esprimo consenso al trattamento dei miei dati finalizzato a ricevere informative su iniziative scientifiche o divulgative inerenti i temi congressuali

.....
Firma