

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 _____

