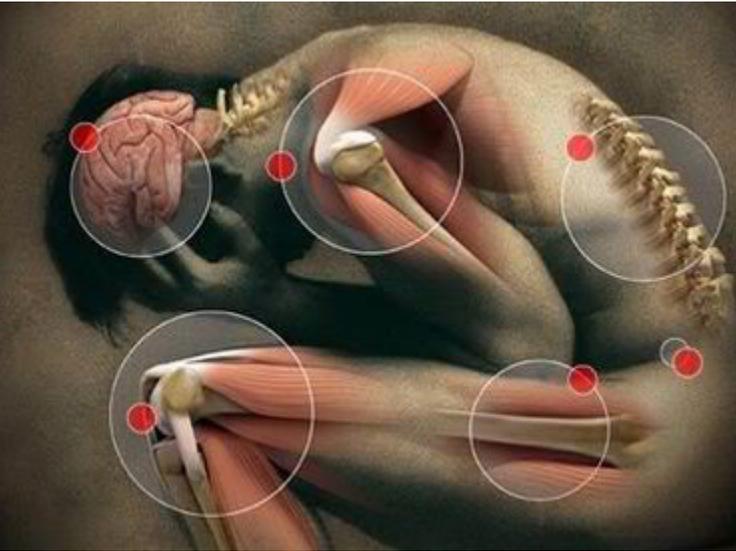


Corso Ecm: "Dolore e Cure Palliative: La Legge N. 38 La Rete Territoriale Nella Provincia di Napoli Oggi"



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°

7 crediti ecm

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

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Data _____

Firma _____

