



Scheda

L'elenco degli ammessi sarà
pubblicato sul sito
dell'Ordine

17 MAGGIO 2014

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°.....	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

“Lo screening del carcinoma colorettaie: dalla diagnosi alla terapia”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Firma

Data _____
