



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 _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ al Numero _____

(Barrare la parte che interessa)

Specializzazione Anestesia e rianimazione <input type="checkbox"/>	Specializzazione Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza <input type="checkbox"/>
--	---

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

“Procedure in Tema di vie Aeree Difficili e Broncoscopia”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Data _____

Firma _____

L'elenco degli ammessi sarà pubblicato sul sito dell'Ordine Per il 16/05/14

