



Fac- simile istanza di iscrizione
Da trasmettere esclusivamente via fax al n. [081/7614387](tel:0817614387)

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 al Numero _____

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

Libero professionista	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
Convenzionato	<input type="checkbox"/>

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

CHIEDO di essere iscritto al Corso ECM
"Regalati una chance diventa donatore:

Focus On di aggiornamento sui percorsi di donazione e trapianto"

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Data _____

Firma _____



Ordine Medici - Chirurghi e Odontoiatri
di Napoli e Provincia