

Giovedì 03 luglio 2014



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

Fac- simile istanza di iscrizione

Da trasmettere esclusivamente via fax al n. **081/7614387**

All'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri Napoli

Il sottoscritto Dr. _____ nato il _____
a _____ residente a _____
disciplina _____ Specializzazione _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi
Al N°

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

Libero professionista	☐
Dipendente	☐
Convenzionato	☐

CHIEDE di essere iscritto al Corso ECM.

Chiede altresì che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____
e-mail _____

Data _____

Firma
