

# Corso ECM "PRIMO SOCCORSO"

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° .....

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri  
Al N° .....

Edizioni Medici Chirurghi

13/03/2015

16/05/2015

09/06/2015

08/07/2015

30/09/2015

13/11/2015

11/12/2015

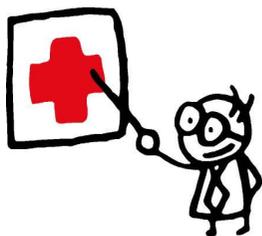
Edizioni Odontoiatri

14/04/2015

27/05/2015

17/06/2015

16/12/2015



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  
"PRIMO SOCCORSO"

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_