

# Corso ECM "I MEDICI E GLI ODONTOIATRI INCONTRANO L' ENPAM" per Medici e Odontoiatri

Mercoledì 10 giugno 2015

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° .....

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

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

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

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*

\_\_\_\_\_



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