



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 di Codesto Ordine

al N.....

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

Libero professionista	
Dipendente	
Convenzionato	

CHIEDO
di essere iscritto al Corso ECM (2016)

“Arresto Cardiaco e Defibrillazione”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ **CELL.** _____

e-mail _____

Firma

Data _____
