



Il Corso ha ricevuto 13 crediti ECM.
Gli interessati dovranno inviare il fac-
simile, riportato,
debitamente compilato, al fax
dell'Ordine
(081/7614387)

Saranno iscritti ad ogni edizione del
corso i primi **80** richiedenti,
secondo l'ordine cronologico di arrivo
dei fax.

farà fede la data e l'orario del report
del fax ricevente



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°

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
“Update in Breast Cancer Management”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

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

e-mail _____

Data _____ **Firma** _____