

SCHEDA DI ISCRIZIONE

• Dati anagrafici (*obbligatorie per ottenere i crediti ECM e per l'invio dell'attestato ECM)

Cognome* _____

Nome* _____

Sede di lavoro - nome Istituto* _____

Dipartimento _____

via _____ n° _____

città _____ CAP _____ prov. _____

e-mail _____

• Domicilio privato

via* _____ n° _____

città* _____ CAP* _____ prov.* _____

tel.* _____ cell.* _____

e-mail* _____

• Dati ECM (*obbligatorie per ottenere i crediti ECM)

codice fiscale* _____

Qualifica professionale - disciplina* _____

Luogo e data di nascita* _____

• Categorie professionali a cui è destinato l'evento

MEDICI CHIRURGIA GENERALE - ANESTESISTI -
MEDICI DI MEDICINA GENERALE

DIETOLOGI

ENDOCRINOLOGI

GASTROENTEROLOGI\ENDOSCOPISTI

PSICHIATRI

PSICOLOGI

DIETISTI

INFERMIERI PROFESSIONALI

• Iscrizioni

Inviare la scheda di iscrizione, debitamente compilata, a:
**Ufficio Formazione Gruppo MultiMedica - Via Milanese
300 20099 Sesto San Giovanni (MI)**

fax: 02 2420.9021

email: ufficio.formazione@multimedica.it

• Tutela dei dati personali – informativa

I dati riportati in questa scheda di iscrizione saranno trattati da MultiMedica Spa ai sensi dell'art. 13 DLgs 196/2003 e dell'art. 7, DLgs 196/2003

Data _____ Firma _____