

SCHEDA DI ISCRIZIONE

I seguenti dati saranno anche utilizzati ai fini della certificazione E.C.M.
(Educazione Continua in Medicina)

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Codice Fiscale

MEDICO SPECIALISTA

MEDICO SPECIALIZZANDO

Disciplina

Indirizzo

Cap

Città

Prov.

Telefono

Fax

Cellulare

E-mail

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs n. 196 del 30/6/03, La informiamo che i Suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico e saranno utilizzati dalla nostra Società, solo per l'invio di materiale amministrativo, commerciale e promozionale derivante dalla ns. attività. La informiamo, inoltre, che ai sensi dell'art. 7 Lei ha diritto di conoscere, aggiornare, cancellare, rettificare i Suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione della legge. Titolare del trattamento è ELLE CENTER S.r.l.

Data

Firma

Incontri di Chirurgia a Terlizzi

1° Convegno Regionale S.I.C.E.

Terlizzi

25-26 marzo 2011

Ospedale "M. Sarcone"
Sala Dioguardi



Da spedire in busta chiusa a: ELLE CENTER S.r.l. – Via Camillo Rosalba, 47/J
70124 Bari o inviare a mezzo fax 0805041645