

CORSO
TEORICO PRATICO
di **ECOGRAFIA**
CLINICA di BASE

Azienda Ospedaliero - Universitaria "O.O.RR." di Foggia
Foggia, 18 maggio - 14 dicembre 2017

SCHEDA DI ADESIONE

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

via Tasselgardo, 68 - 76125 Trani (BT)

fax 0883 - 954388

mail: cristina@e20econvegni.it

COGNOME _____

NOME _____

C.F. _____

MEDICO CHIRURGO DI AREA INTERDISCIPLINARE
(specificare specializzazione) _____

SOCIO SIUMB **SI** **NO**

MEDICO CHIRURGO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA

CITTA' _____

PROV. _____ C.A.P. _____

EMAIL _____

CELL. _____

dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza.

dichiaro di non essere dipendente di struttura sanitaria e di non essere assoggettato all'obbligo di segnalazione all'Ente di appartenenza.

Invitato dall'Azienda (Sponsor) _____

N.B. Il monte crediti formativi ECM nel triennio 2017-2019, pari a n. 150, è acquisibile solo per 1/3 su invito diretto delle Aziende.

QUOTA ISCRIZIONE

Medici

Specializzandi

€ **854,00**

(IVA 22% inclusa)

Medici

Soci SIUMB

€ **1586,00**

(IVA 22% inclusa)

Medici

non Soci Siumb

€ **2196,00**

(IVA 22% inclusa)

Il versamento della quota di iscrizione dovrà essere fatto mediante bonifico bancario in favore di:
e20econvegni s.r.l. - Banco di Napoli - Filiale di Trani (BT)
IBAN: IT 24P 010 104 172 310 000 000 6078

Causale: "Iscrizione Corso di Ecografia Clinica di Base - Foggia 18.05.2017 - 14.12.2017"

Fatturare a: _____

Indirizzo _____

Città: _____ C.A.P. _____

P. IVA/C.F. _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 169/2003

DATA _____ FIRMA _____