

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

fax 0883.954388

mail: alessandra@e20econvegni.it

COGNOME _____

NOME _____

MEDICO CHIRURGO di area interdisciplinare
specificare specializzazione _____

 INFERMIERE

 BIOLOGO

 FARMACISTA

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

TEL. _____ FAX _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO AB. _____

CITTA' _____ C.A.P. _____

CELL. _____

E-MAIL _____

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

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D .lgs. 196/2003.

DATA _____ FIRMA _____