

JUST RELOAD MEETING: scompenso e fibrillazione

San Severo (FG), 1 Dicembre 2018

Hotel Tenuta Inagro

COGNOME _____ NOME _____

MEDICO CHIRURGO specialista in:

CARDIOLOGIA MEDICINA GENERALE MEDICINA INTERNA

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

TEL. _____ FAX. _____ CITTÀ _____ C.A.P. _____

Dati necessari per ECM

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO AB. _____ CITTÀ _____

C.A.P. _____ CELL. _____ EMAIL _____

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 _____