

Scheda di adesione

da inviare compilata in stampatello a:

e20econvegni s.r.l.

fax 0883.954388 - mail: cristina@e20econvegni.it

COGNOME _____ NOME _____

MEDICO CHIRURGO specialista in

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ANESTESIA E RIANIMAZIONE | <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA | <input type="checkbox"/> MEDICINA GENERALE |
| <input type="checkbox"/> CONTINUITÀ ASSISTENZIALE | <input type="checkbox"/> MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO | |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA | <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA | |

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 _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dichiaro, in qualità di dipendente di struttura sanitaria, di aver ottemperato agli obblighi in materia di informativa all'Ente di appartenenza | <input type="checkbox"/> 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

DATA _____

FIRMA _____