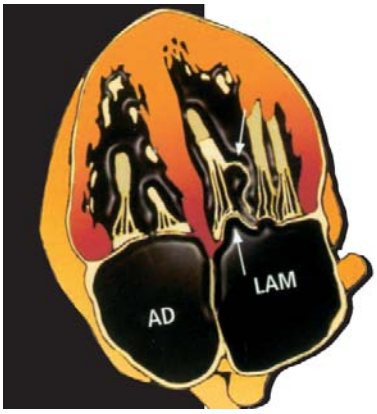

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Si prega di compilare in stampatello e inviare
entro il 7 maggio 2018
alla Segreteria Organizzativa:
Kassiopea Group Srl, via Stamira 10 – 09134 Cagliari
fax 070 656263 - e-mail:
domizianamessina@kassiopeagroup.com

Tutti i campi sono obbligatori

CORSO DI CARDIOLOGIA CLINICA
THotel, Cagliari – 18 maggio 2018

*Ruolo _____

MEDICO CHIRURGO

Disciplina: ☐ CARDIOLOGIA ☐ GERIATRIA ☐ MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA)
☐ MEDICINA INTERNA ☐ MEDICINA DELLO SPORT ☐ ONCOLOGIA ☐ CARDIOCHIRURGIA

Cognome_____Nome_____

Codice fiscale: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Luogo e data di nascita_____

Dipartimento_____ Istituto_____

Indirizzo lavoro:

Via _____ n° _____

CAP_____Città_____

Tel._____ Cell. _____FAX_____

Indirizzo privato:

Via _____ n° _____CAP_____Città_____

E-mail_____

* Ruolo: P=Partecipante ECM D=Docente T=Tutor R=Relatore

La Segreteria Organizzativa comunicherà la conferma dell'avvenuta iscrizione entro il 14 maggio 2018

Legge 196/2003 sulla Privacy
Il sottoscritto _____autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 sulla privacy

Data_____***Firma***_____