

la presa in carico del paziente DIABETICO: TERRITORIO - OSPEDALE - TERRITORIO

TRANI
5 OTTOBRE 2019

PALAZZO SAN GIORGIO

Scheda di adesione
da inviare compilata in stampatello a:
e20econvegni s.r.l.
fax 0883.954388
mail: staff@e20econvegni.it

COGNOME _____ NOME _____

MEDICO CHIRURGO di area interdisciplinare

specificare specializzazione

INFERMIERE

REPARTO ED ENTE DI APPARTENENZA _____

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

DATI NECESSARI PER ECM

CODICE FISCALE _____ INDIRIZZO AB. _____ CITTÀ _____

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

Trattamento dei dati personali ai sensi del "Regolamento UE 2016/679"

DATA _____

FIRMA _____