



CONGRESSO CARD PUGLIA
2^ EDIZIONE - GIORNATE DI SANTA CESAREA TERME
28 e 29 ottobre 2016

Sala Convegni HOTEL PALAZZO – SANTA CESAREA TERME

SCHEDA ISCRIZIONE DATI PERSONALI

Codice Fiscale*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome* _____ Nome* _____

Nato / a il* _____ Luogo* _____

Professione* _____

Disciplina* _____

(Attività prevalentemente svolta - es. Pediatria, Medicina Interna, ecc.)

Indirizzo* _____ N° * _____

C.A.P.* _____ Località* _____ Prov.* _____

Recapito Telefonico* _____ Cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica _____

CONVENZIONATO

DIPENDENTE

LIBERO PROFESSIONISTA

Dichiaro di essere stato invitato a partecipare dallo sponsor:

NO **SI** _____ (se "SI" indicare nome sponsor)

Si ricorda che il limite massimo di crediti formativi acquisibili mediante reclutamento diretto da parte di sponsor per ogni partecipante, è di 1/3 rispetto al totale dei crediti formativi acquisibili nel triennio di riferimento (2014-2016)

Ai sensi del D. Lgs. 196 del 30 giugno 2003 sul trattamento dei dati personali, acconsento che i dati contenuti nella presente Scheda Anagrafica vengano gestiti e trattati ai fini degli accrediti E.C.M. Il conferimento dei dati è facoltativo, **ma in mancanza di essi non sarà possibile avere i crediti formativi** da parte del Ministero.

Luogo e Data _____ Firma leggibile del partecipante _____

Le domande di iscrizione verranno accettate solo previa compilazione delle relative schede ed in base all'ordine di arrivo delle stesse. Il corso è stato accreditato per 100 partecipanti di tutte le discipline. Si prega di inviare questa scheda unicamente per mail a : iscrizioni@sepas.it