

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare, compilata in ogni sua parte, a INTERMEETING entro il 2/10/2015
tramite e- mail: segreteria@intermeeting.it o tramite fax: + 39 0521 235016

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Num. iscr. Ordine, Collegio, Assoc. _____

MEDICO CHIRURGO SPECIALISTA IN:

OSTETRICA E GINECOLOGIA

BIOCHIMICA CLINICA

GENETICA MEDICA

ENDOCRINOLOGIA

altro _____

OSTETRICA/O

ASSISTENTE SOCIALE

BIOLOGO

PSICOLOGO

TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO

Ente/Istituto _____ Indirizzo _____

Ente _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

e-mail _____ Indirizzo personale _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Telefono _____ Cellulare _____

In ottemperanza all'art. 23 del D.Lgs. n° 196/03 del 30 giugno 2003, presto il consenso al trattamento dei miei dati

Data _____ Firma _____