



PROVIDER REGIONALE ECM R17-58: GIOVANI E AMICI Società Coop. Sociale

TITOLO EVENTO: RISK MANAGEMENT NELLA GESTIONE DELLE
PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Evento n° 3493

CONSELVE (PD) – 07 marzo 2015

Domanda di iscrizione

(Inviare entro il 28-02-2015 a giovaniami@gmail.com)

Cognome: _____

Nome: _____

Nato il: _____ Luogo di nascita: _____

Codice fiscale: _____ P.IVA _____

Indirizzo: _____ N: _____

Città: _____ CAP: _____ Prov.: (____)

E-mail: _____

Dati per l'intestazione della fattura: ****se diversi dal partecipante****

Ragione sociale/Nome Cognome: _____

Indirizzo: _____ N: _____ CAP: _____ Città: _____ Prov.: (____)

Partita Iva: _____ Codice Fiscale: _____

Professione _____

Disciplina _____

Ordine o Collegio o Associazione Professionale _____

della provincia o Regione _____ con Cod. n. _____

Profilo lavorativo attuale:

Dipendente del SSN

Convenzionato del SSN

Libero professionista in ambito sanitario

Altro (specificare) _____

N.B.! L'ISCRIZIONE SI INTENDE PERFEZIONATA SOLO CON IL PAGAMENTO DELLA QUOTA PREVISTA (SE DOVUTA) E DEVE ESSERE EFFETTUATO SOLO SUCCESSIVAMENTE ALLA CONFERMA DELL'AVVIO DEL CORSO DA PARTE DELLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

Data _____
