IMAGING CLINICO 2014

Corso di Formazione

19 Dicembre 2014

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da restituire alla Segreteria Organizzativa

SIMANNU via Pasquale Paoli, 2 - Nuoro Tel. 0784/226200 - 0784/226215 — Fax. 0784 203158

i.nieddu@ailun.it

DATI ANAGRAFICI:

Cognome e Nome: _____

Luogo di Nascita: _____ Data di Nascita: _____

C. F.															

P.I. :_____

1. Indirizzo Privato:_____ CAP: _____

Città: _____ Prov.: _____

Tel/Cell:_____ E-mail: _____

2. Indirizzo Lavoro:

Professione: □ **Medico** **Specializzazione:** _____

□ **Specializzando**

Ente di Appartenenza: _____ Reparto/U.O.:_____

Via: _____ CAP: _____

Città: _____ Prov.: _____

Tel:_____ E-mail: _____

ECM:

Assegnati N. **9 Crediti**

ISCRIZIONE:

□ L'iscrizione al Corso è di Euro 50,00 e comprende: partecipazione ai lavori, kit congressuale coffee break e buffet, crediti ECM.

Per Specializzandi e Medici senza ECM la quota è di Euro 40,00.

L'iscrizione, obbligatoria, deve essere effettuata compilando l' apposita scheda d'iscrizione da inviare per fax o e-mail alla Segreteria Organizzativa. La partecipazione è riservata ai primi 50 iscritti (per ECM); le iscrizioni saranno accettate in ordine cronologico d'arrivo, fino ad esaurimento di posti disponibili , più ulteriori iscrizioni in qualità di uditori (NON ECM). **La data ultima d'iscrizione è fissata per il giorno 15 Dicembre 2014 .** Non verranno accettate iscrizioni sprovviste del pagamento.

La quota dell'iscrizione deve essere versata tramite bonifico Bancario:

SMIRG - ONLUS

BANCA PROSSIMA SASSARI

IBAN: IT31D0335901600100000063165

SI PREGA ALLEGARE COPIA DEL BONIFICO BANCARIO

Luogo e Data: _____Firma:_____

NB: i dati devono essere riportati con scrittura stampatello LEGGIBILE