



LE RETI OSPEDALIERE
di GASTROENTEROLOGIA
ed ENDOSCOPIA DIGESTIVA
MODENA, 28 OTTOBRE 2016

SCHEDA D'ISCRIZIONE

DATI PERSONALI e PROFESSIONALI

TITOLO: PROF / DOTT. _____

NOME _____

COGNOME _____

COD. FISCALE _____

INDIRIZZO _____

CITTA' _____ PROV _____ CAP _____

CELL: _____ TEL: _____

E-MAIL _____

QUALIFICA _____

SPECIALIZZAZIONE _____

STRUTTURA _____

Data _____ Firma _____

Autorizzo PLS Educational Srl all'utilizzo dei dati personali sopra indicati ai fini Ecm per la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti" nel rispetto del D. Lgs. n. 196 del 30/06/03, oltre che all'invio di materiale inerente altre manifestazioni scientifiche di settore.

Cerchiare: Sì NO

Data _____ Firma _____

Si prega compilare in stampatello ed inviare, non oltre il 21 ottobre 2016,
alla Segreteria Organizzativa PLS Educational
tramite e-mail a: sabina.gambacciani@promoleader.com
oppure per fax al num: 055 2462270 (tel: 055 2462275)