



# SCORE ENDOSCOPICI DELLE IBD

## CORSO TEORICO-PRATICO

GENOVA 15 – 16 SETTEMBRE 2015

### SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritto .....

nato a ..... il ..... / ..... / .....

N° cellulare ..... Indirizzo e-mail .....

in servizio presso .....

..... in qualità di .....

Socio SIED in regola col pagamento delle quote associative al momento dell'iscrizione

**chiede di essere iscritto al corso**

**Score Endoscopici nelle IBD**

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma