



SCORE ENDOSCOPICI DELLE IBD

CORSO TEORICO-PRATICO

Cagliari 5 – 6 OTTOBRE 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