

# ADVANCE IN RENAL REPLACEMENT THERAPY

BARI, 26-27 MARZO 2018

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare a [info@cicsud.it](mailto:info@cicsud.it) – fax 080/5043736

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

ENTE DI APPARTENENZA \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E.MAIL \_\_\_\_\_

### DATI NECESSARI PER ECM

#### INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO ABITAZIONE \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ' \_\_\_\_\_

#### GARANZIA DI RISERVATEZZA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03.

Firma.....

Data.....