

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Convegno multidisciplinare LA MEDICINA DEL SONNO INCONTRA I MEDICI DI FAMIGLIA

Destinatari del corso:

Medici chirurghi, MMG, ORL, Odontostomatologi, Infermieri Professionali, Audiometristi, Logopedisti

(il corso è GRATUITO e in accreditamento E.C.M. per i primi novantanove partecipanti)

Il sottoscritto/a _____
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) NOME

nato/a a _____ prov. (____) il ____ ____ ____ cod. fisc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Professione _____ Titolo di studio: _____ Università di _____

Specializzazioni _____ Titoli _____

Sede Studio in _____ Via _____ Cap. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____ E-mail _____

Desidero iscrivermi al convegno multidisciplinare "LA MEDICINA DEL SONNO INCONTRA I MEDICI DI FAMIGLIA " tenuto presso villa Widmann - Foscari via Nazionale 420 Mira Venezia

14 Novembre 2009

Io sottoscritto autorizzo l'uso dei miei dati per la spedizione di pubblicazioni tecniche e scientifiche e l'invio di mailing ai sensi dell'art. 13 della legge 675/96 sul trattamento dei dati personali.

Barrare la casella solo se non si intende dare il consenso dei propri dati.

timbro e firma _____ data _____