

LE CRITICITA' ANDROLOGICHE



7-8 FEBBRAIO 2020 - ROMA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare in **stampatello** ed inviare tramite e-mail: sia@andrologiaitaliana.it o registrarsi alla pagina dedicata sul sito www.andrologiaitaliana.it

Nome* _____ Cognome* _____

Nato a* _____ il* _____

Codice Fiscale* _____

Via* _____

Città* _____ Prov. _____ Cap _____

Cell./Tel.* _____ Fax _____

E-mail* _____

PEC _____

*Specialista in** _____

*Psicologo** *Infermiere** *Farmacista**

Specializzando in _____

Ente e struttura _____

N. Iscr. Ordine dei Medici* _____ di* _____

N. Iscrizione **all'Albo** _____ di* _____

L: Libero Professionista* D: Dipendente*

C: Convenzionato* P: Privo di occupazione*

**Dati obbligatori ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM*

Iscrizione gratuita a numero chiuso: **max 100 partecipanti**

L'iscrizione comprende: attestato di partecipazione; attestato ECM se conseguito; kit congressuale; lunch; coffee break. Tutto quanto non espresso è escluso.

La sottoscrizione della presente scheda autorizza l'uso dei dati personali, cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Data _____ Firma _____