



**3° WORKSHOP
DI CHIRURGIA ANDROLOGICA COMPLESSA**
Centro Congressi
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche
28-29 Novembre 2013



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da compilare in stampatello ed inviare al fax 06.80660226 ● e-mail: siascongressteam@andrologiaitaliana.it

<p>Il sottoscritto*.....</p> <p>Nato a* il*</p> <p>Codice Fiscale*</p> <p>Indirizzo*: Via Città Prov.</p> <p>Cellulare/Tel.*</p> <p>E-mail</p> <p>PEC</p>	<p><input type="checkbox"/> Specialista in*</p> <p><input type="checkbox"/> Medico Medicina Generale</p> <p><input type="checkbox"/> Specializzando in</p> <p>Ente/struttura di appartenenza</p> <p>N. Iscr. Ordine dei Medici*.....</p> <p><input type="checkbox"/> L: Libero professionista*</p> <p><input type="checkbox"/> D: Dipendente*</p> <p><input type="checkbox"/> C: Convenzionato*</p> <p><input type="checkbox"/> P: Privo di occupazione*</p>
--	--

***Dati obbligatori** ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM se conseguiti –**N. 16,5 crediti**

Il Workshop è indirizzato a:

_Andrologi, Chirurghi Generali; Chirurghi Plastici e Ricostruttivi; Endocrinologi; Urologi

- Infermieri

Provider ECM n. 333 –S.I.A. ● ISCRIZIONE GRATUITA

● N. 130 PARTECIPANTI

La sottoscrizione della presente scheda autorizza l'uso dei dati personali, in esecuzione dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996 n. 675

Data.....

Firma.....