



SCHEDA DI ISCRIZIONE

DA INVIARE VIA MAIL A : segreteriaorganizzativa@cmwlab.it

COGNOME.....NOME.....

LUOGO E DATA DI NASCITA..... CODICE FISCALE.....

RESIDENTE IN VIA.....CITTÀ.....

TEL/FAX.....EMAIL.....

PROFESSIONE : MEDICO CHIRURGO BIOLOGO FARMACISTA INFERMIERE

SPECIALIZZAZIONE :

RUOLO ATTUALMENTE RICOPERTO:

LIBERO PROFESSIONISTA

DIPENDENTE

CONVENZIONATO

Essendo le due giornate accreditate separatamente si ha la possibilità di partecipare a una delle due giornate o ad entrambe. Si prega di flaggare la vostra scelta.

26 Novembre (6 crediti ECM)

27 Novembre (3 crediti ECM)