



### SCHEDA DI ISCRIZIONE

#### DATI PERSONALI

Cognome:		Nome:	
Data di nascita:		Cittadinanza:	
Luogo di nascita:		(Prov.)	
Stato:		Genere: M F	
Indirizzo:			
Città:		Provincia:	
CAP:		Regione:	
Telefono:		Fax:	
E-mail:			
Codice fiscale:		P. IVA:	

#### DATI PROFESSIONALI (da compilare ai fini ECM)

Professione:	
Specializzazione:	
Ruolo	Ente di appartenenza:
Richiede attestato ECM se previsto: SI NO	

#### DATI FATTURAZIONE

Intestatario:
Codice fiscale o P.IVA:
PEC o Codice Destinatario:

Evento **ECM** accreditato presso il Ministero della Salute per Medici Specialisti in:

Dermatologia e Venereologia, Reumatologia, Allergologia e Immunologia Clinica, Gastroenterologia, Pediatria, Oculistica, Endocrinologia, Psichiatria, Cardiologia, Ematologia, Malattie Infettive, Oncologia, Farmacologia, Medici di Medicina Generale, Psicologi, Biologi, Farmacisti e Infermieri.

Per quanto concerne il pagamento della quota di iscrizione, pari a **€ 100 + Iva**, va effettuata versando la somma tramite bonifico bancario ed inviando la ricevuta contabile all'indirizzo e-mail [segreteriaorganizzativa@cmwlab.it](mailto:segreteriaorganizzativa@cmwlab.it)

Coordinate bancarie:

**Bper Banca**

IBAN **IT70Z0538774791000043011113**

Intestato a **Cmw Lab S.r.l.**

L'evento è gratuito per gli specializzandi.