



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 **€ 200 + Iva**, va effettuata versando la somma tramite bonifico bancario ed inviando la ricevuta contabile all'indirizzo e-mail segreteriaorganizzativa@cmwlab.it

Coordinate bancarie:

Bper Banca

IBAN **IT7020538774791000043011113**

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

L'evento è gratuito per gli specializzandi.