



### 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 medico chirurgo specialista in:  
 Allergologia ed Immunologia clinica; Dermatologia e Venereologia; Gastroenterologia; Endocrinologia; Medicina Interna;  
 Oncologia; Reumatologia; Medicina Generale; Pediatria (pediatri di libera scelta); Medicina del lavoro.  
 Farmacia ospedaliera; Farmacia territoriale; Biologo e Infermiere.

Per quanto concerne il pagamento della quota di iscrizione, pari a **€ 50 + 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 IT7020538774791000043011113**

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

L'evento è gratuito per gli specializzandi.