

SCHEDA DI ADESIONE DA FAR PERVENIRE ALLA SEGRETERIA
entro il 10 novembre 2022

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ il _____

Cod. Fisc. _____

Iscritto all'Ordine provinciale di _____

Odontoiatra

(in caso di doppia iscrizione contrassegnare l'Albo per il quale si richiedono i crediti ECM)

Disciplina _____ **ODONTOIATRIA** _____.

Libero Professionista Dipendente Convenzionato

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Pec. _____

Residente a _____

Cap _____ Via _____

Chiede di essere ammesso a partecipare all'evento **"2603-363520 ed.I"**
dal titolo

"L' ODONTOIATRIA NELLA DIAGNOSI E NELLA TERAPIA DELLE OSAS"

che si terrà il 12 novembre 2022

presso la Sala Maurizio Gentile – OMGeO Terni – Strada di Cardeto 67 – Terni

Crediti ECM assegnati N. 5

L'evento è stato accreditato per 90 Odontoiatri

Autorizza la trasmissione dei dati personali per gli adempimenti relativi all'accREDITAMENTO dei corsi
ai fini dell'Educazione Continua in Medicina.

Data _____

Firma _____