

Segreteria organizzativa:

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Terni
Strada di Cardeto, 67 – 05100 Terni – tel. 0744/300175 fax 0744/305917

SCHEDA DI ADESIONE DA FAR PERVENIRE ALLA SEGRETERIA
entro il 26 settembre 2019

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ il _____

Cod. Fisc. _____

Iscritto all'Ordine provinciale di _____

Medico

Odontoiatra

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

Disciplina _____

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Residente a _____

Cap _____ Via _____

Chiede di essere ammesso a partecipare all'evento **“2603-274024”**

dal titolo

“OSAS SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE”

che si terrà il 28 SETTEMBRE 2019

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

Crediti ECM assegnati N. 5

L'evento è stato accreditato per n. 100 partecipanti per le seguenti figure professionali:

✿ MEDICO-CHIRURGO (Tutte le discipline) ✿ ODONTOIATRA

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

Data _____

Firma _____