



LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA ASPETTI NORMATIVI E RIFERIMENTI PRATICI

19 Settembre 2015

Bari - Torre a Mare, Hotel Barion

Scheda di iscrizione

Nome _____

Cognome _____

Qualifica _____

Specializzazione _____

Ente di appartenenza _____

Indirizzo _____

Cap _____

Città _____

Telefono _____

Mobile _____

E-mail _____

Fax _____



Medico Chirurgo

Disciplina _____

Trattamento dei dati personali

L'iscrizione è gratuita. Si prega di compilare la scheda di iscrizione e di spedirla alla Segreteria Organizzativa C.Lab Meeting mezzo fax (080.5621010) o posta elettronica (info@clabmeeting.it) entro il **5 Settembre 2015**.

Autorizzo Clab Meeting srl al trattamento dei miei dati personali, in conformità alla legge 675/96. I dati saranno utilizzati per finalità strettamente connesse alle attività congressuali.

Firma _____

Data _____