

10 Ottobre 2015

EVENTO RESIDENZIALE ECM

**"NUOVE FRONTIERE NEL TRATTAMENTO DELLE DIPENDENZE:
LA GRUPPOANALISI"**

Iscrizione Generale

Azienda/Ente _____ Uff./Dip. _____

Nome _____ Cognome _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Comune _____ Prov. _____

e-mail _____ Tel. _____ cell. _____ Fax _____

Sì, sono un professionista sanitario e fornisco i miei dati obbligatori affinché la mia partecipazione possa essere valida anche ai fini ECM. Sono consapevole che l'acquisizione dei crediti ECM è comunque subordinata alla mia effettiva presenza in aula e alla compilazione questionario ECM.

Iscrizione ECM

Nato a* _____ Prov* _____ il* _____

CF* _____ Professione Sanitaria _____

Disciplina* _____ Libero professionista Dipendente Privo occupazione

Ordine professionale di appartenenza* _____ n. iscrizione ordine* _____

E-mail _____ Data e Firma _____

La presente scheda d'iscrizione è da rinviare compilata e firmata via fax al n. 0717927961

o via e-mail all'indirizzo: info@villasilvia.com

La partecipazione al corso è gratuita

Il corso è accreditato per 150 partecipanti per tutte le professioni sanitarie

Ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM verrà rispettato l'ordine di prenotazione.

Eventuali rinunce dovranno essere tempestivamente comunicate alla Segreteria Organizzativa

via fax al n. 0717927961 o via e-mail all'indirizzo: info@villasilvia.com

I campi evidenziati da * devono essere compilati obbligatoriamente al fine dell'attribuzione dei crediti ECM.