



Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale " SANTOBONO - PAUSILIPON"
 PROVIDER REGIONALE ACCREDITATO E.C.M. n. 33

SCHEDA DI ISCRIZIONE – PERSONALE ESTERNO

EVENTO N. 33-1935 EDIZIONE N. DEL 23/01/2017

Polo Didattico Via Della Croce Rossa 8 Napoli

RIANIMAZIONE NEONATALE CON SIMULAZIONE AD ALTA FEDELTA'
 CREDITI ECM ASSEGNATI 11,30

COGNOME e NOME

DATA DI NASCITA LUOGO (PROV.).....

DOMICILIO CAP

CODICE FISCALE

PROFESSIONE

DISCIPLINA (SE PERTINENTE)

ISCRIZIONE COLLEGIO/ORDINE N.....

DIPENDENTE PRESSO

LIBERO PROFESSIONISTA CONVENZIONATO PRIVO DI OCCUPAZIONE

Cellulare E-mail

Dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Si autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi del Dlgs. n. 196/03 per i fini istituzionali.

Data _____

FIRMA _____

L'evento formativo è destinato a 20 partecipanti delle seguenti professioni:

Compilare la scheda e trasmetterla, entro due giorni feriali prima dell'inizio del corso, ai seguenti recapiti:

mail:formazioneasantobono@virgilio.it

tel/fax: 081 220 5395.

Il pagamento della quota di iscrizione, pari ad € 100 , dovrà essere effettuato, prima di inviare la presente scheda, tramite bonifico bancario sul conto intestato a: **AORN SANTOBONO PAUSILIPON IBAN IT20X0101003593100000301474** specificando nella causale: **Iscrizione evento 33-1935**

La richiesta di eventuale fatturazione dovrà essere inviata, contestualmente alla presente scheda ed alla ricevuta del bonifico, a **a.russo3@santobonopausilipon.it**, indicando i dati necessari per l'emissione della fattura.