

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

# DEL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONE MARCHE IPERTENSIONE ARTERIOSA E MALATTIE CARDIOVASCOLARI E DELLA CLINICA DI MEDICINA INTERNA E GERIATRIA

Ancona 4/5 Dicembre 2020

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

### PROFILO PROFESSIONALE

MEDICO CHIRURGO

SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_

FARMACISTA \_\_\_\_\_

### TIPO DI IMPIEGO

LIBERO PROFESSIONISTA

CONVENZIONATO

DIPENDENTE

PRIVO DI OCCUPAZIONE

ISCRIZIONE ALBO N° \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

L'iscrizione al Congresso è gratuita e dà diritto a:  
kit congressuale, attestato di partecipazione, lunch e coffee break.

Si manifesta il proprio consenso all'utilizzo dei dati forniti per l'iscrizione ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/03. Il trattamento dei dati è effettuato, oltre che per le finalità sopradette, anche per l'invio di future informazioni su tematiche scientifiche e didattiche, nonché per la trasmissione delle schede informative annuali finalizzate all'analisi del fabbisogno formativo. La sua collaborazione ci consentirà un'offerta formativa che tenga conto delle singole necessità degli operatori sanitari

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

Inviare il form via e-mail o fax alla Segreteria Organizzativa  
L'avvenuta Iscrizione sarà confermata tramite posta elettronica