OSSESSIONI E COMPULSIONI NELLA SCHIZOFRENIA E ALTRI DISTURBI MENTALI GRAVI

Roma, 1 Luglio 2014, Sala UNICEF ~ 5 crediti ECM

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Scheda da inviare via fax o e-mail a:
Centro TMI – Tel/Fax: 06 3230491 – E-mail: centrotmi@centrotmi.com

Tutti i campi sono obbligatori - Si prega di compilare in stampatello

NON SI ACCETTANO ISCRIZIONI TELEFONICHE

Nome …… Cognome ……..

Data di nascita …… /…… /…… Luogo di nascita …… Prov ……..

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cell …… E-mail ……..

Indirizzo (Via/Piazza e n° civico – Città e Prov.) ……

……

Professione: ▢ Medico chirurgo ▢ Psicologo ▢ Infermiere

▢ Altre professioni (senza crediti ECM – specificare) ……

Iscrizione albo di ……..

Il termine ultimo per le iscrizioni è il 20 Giugno 2014

L'iscrizione al convegno è gratuita.

Qualora le domande eccedessero il numero di posti prestabilito, l'ammissione seguirà l'ordine di arrivo delle schede. Le conferme di iscrizione verranno inviate una settimana prima dell'evento.

A norma e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, autorizzo inoltre il trattamento dei dati personali e/o sensibili che a seguito della presente sottoscrizione dovessero essere necessari ai fini dell'espletamento del mandato ricevuto.

Data …… Firma ……