DOMANDA di PARTECIPAZIONE AL WORSHOP
"TRATTAMENTO METACOGNITIVO DEL PAZIENTE GRAVE"
San Benedetto del Tronto,11 Aprile 2014
ECM 5 crediti

Cognome e Nome .....

Via.....

Cap.....**Città**..... **Prov** .....

Telefono..... **Fax** .....

Email .....

Qualifica professionale .....

Iscrizione Albo di .....

Cod. Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Partita IVA |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Desidero iscrivermi al workshop TRATTAMENTO METACOGNITIVO DEL PAZIENTE GRAVE -San Benedetto del Tronto,11 Aprile 2014-.

Data ..... **Firma** .....

Richiesta crediti ECM SI NO

La presente domanda va compilata ed inviata al fax 0735/575140 o sanbenedettodeltronto@studicognitivi.net

Quota di partecipazione
€ 50,00 non soci
Evento gratuito per soci Associazione Cognitivismo Clinico

Il pagamento della quota si effettuerà in sede all'atto della regolarizzazione dell'iscrizione il giorno 11 Aprile.