



FORM DI ISCRIZIONE

SATELLITE MEETING



ALIMENTAZIONE E STILE DI VITA NEL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA

Milano, 5 dicembre 2009

COGNOMENOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

QUALIFICA

DISCIPLINA (Obbligatoria ai fini ECM).....

OSPEDALE

VIA

CAP CITTA'

TEL FAX

INDIRIZZO PRIVATO

CAPCITTA'

TEL.....CELL

E.MAIL.....

FIRMA..... DATA

ISCRIZIONE GRATUITA

**E' POSSIBILE REGISTRARSI FINO AL 30/11/2009. DOPO TALE DATA
L'ISCRIZIONE NON PREVEDE L'ACQUISIZIONE DEI CREDITI ECM**

SI PREGA DI RESTITUIRE LA SCHEDA COMPILATA IN OGNI SUA PARTE ALLA
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

E-mail: segreteriacorso@fondazionedamico.org

Tel. +39 02 48001842 - Fax: +39 02 48110814