

FORM DI ISCRIZIONE

SATELLITE MEETING



TERAPIE CON ANTICORPI MONOCLONALI

Milano, 5 dicembre 2009

COGNOME	NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
QUALIFICA	
DISCIPLINA (Obbligatoria ai fini ECM)	
OSPEDALE	
VIA	
CAP	CITTA'
TEL	FAX
INDIRIZZO PRIVATO	
CAP	CITTA'
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@fondazonedamico.org

TEL. +39 02 48001842 - FAX: +39 02 48110814