SCHEDA DI ISCRIZIONE

(*) Campi obbligatori

Da compilare in stampatello

Cognome* .....

Nome* .....

Cod. Fisc. * ..... **Nato a***.....**il*** .....

Via* .....**N.*** .....

Cap. * .....**Città *** .....

Tel. * .....

Cell. * .....**Fax** .....

E-mail* .....

Partecipante all' evento nelle discipline: ◯ Pediatra ◯ Pediatra di libera scelta ◯ Neonatologo ◯ Medico di libero scelta ◯ Specializzando in pediatria ◯ Infermieri ◯ Infermieri Pediatrico

Titolo II INCONTRO INFEZIONI RESPIRATORIE NEL BAMBINO: OSPEDALE E TERRITORIO

Data dell'evento 7 Luglio 2022

La scheda di iscrizione deve essere compilata ed inviata al seguente indirizzo: agenzia.newevents@gmail.com

Il trattamento dei dati personali viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 sulla tutela dei dati personali e le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi .

Data ...../...../.....

Firma .....