



DA COMPILARE E RISPEDIRE VIA FAX AI NUMERI 0575-20394 , 0575-352299

Iscrizione generale

Desidero effettuare la registrazione al 3° Forum Risk Management in Sanità.

Azienda/Ente _____ Ufficio _____

Nome _____ Cognome _____

Via _____ N _____ CAP _____

Comune _____ Provincia _____

Email _____ @ _____

Tel/Cell _____ Fax _____

Desidero partecipare alle giornate del novembre

Iscrizione ECM (oltre alla iscrizione generale, per le professioni sanitarie)

Sì, sono un professionista sanitario, e fornisco i miei dati obbligatori affinché la mia partecipazione possa essere valida anche ai fini ECM. Sono consapevole che l'acquisizione dei crediti ECM è comunque subordinata alla mia effettiva presenza in aula e alla compilazione del questionario ECM.

Nato a* _____ Prov* _____ Nato il* _____

C.F.* _____ Professione sanitaria* _____

Email* _____ @ _____

*= campi obbligatori

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 N° 196 e ss.mm., al fine di ricevere le comunicazioni riguardanti l'evento sopracitato, e procedere alla documentazione della partecipazione all'evento. Responsabile del trattamento è Gutenberg sicurezza in sanità, Piazza S. Jacopo 294 Arezzo.

FIRMA

La partecipazione al Forum Risk Management è gratuita.

Aggiornamenti su www.forumriskmanagement.it