SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Università degli Studi di Ferrara

WORKSHOP INTERATTIVO

IL PAZIENTE CON ARTRITE REUMATOIDE PRECOCE ED AGGRESSIVA: IL RUOLO DELL'ECOGRAFIA

FERRARA 19 OTTOBRE 2018

SCHEDA DI ISCRIZIONE

L'iscrizione si effettua compilando e inviando la presente scheda a:
MCC srl - Viale A. Oriani, 2 - 40137 Bologna
☎ 051 263703 - 🖷 051 238564 - segreteria@mccstudio.org
oppure online sul sito: www.mccstudio.org *(Sezione Congressi)*
entro venerdì 12 Ottobre 2018

Nome . . . . . Cognome . . . . .

Titolo . . . . . N. di iscrizione Albo/Ordine/Collegio/Associazione . . . . .

Data di nascita . . . . . Luogo di nascita . . . . .

C.F. (obbligatorio ai sensi del D.L. Bersani 248/06) | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo privato

Via . . . . .

Città . . . . . CAP . . . . . Prov. . . . . .

Tel. . . . . Cell. . . . . .

e-mail . . . . . .

Sede di lavoro

Ente . . . . . .

Dipartimento . . . . . .

Via . . . . . .

Città . . . . . CAP . . . . . Prov. . . . . .

Tel. . . . . Fax . . . . . .

Professione . . . . . .

Specializzazione . . . . . .

❑ Libero professionista ❑ Dipendente ❑ Convenzionato

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento UE 679/2016.
I dati verranno utilizzati da MCC srl, Titolare del trattamento, solo per finalità strettamente funzionali alla gestione dei rapporti e per la pubblicazione sul sito ministeriale ai fini dell'accreditamento ECM dell'evento (in conformità con le ultime direttive dell'Age.Na.S.). Per ulteriori informazioni relativamente al trattamento dei dati personali, si consulti il sito: www.mccstudio.org

Data . . . . . Firma leggibile . . . . . .