

**INCONTRO CON L'OCULISTA***Organizzato da: Dott.ssa Emilia Cantera***Il Pitigliani Centro Ebraico****Mercoledì, 22 Giugno 2016****ROMA**

NOME E COGNOME .....

CODICE FISCALE .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

QUALIFICA ..... DISCIPLINA .....

LIBERO PROFESSIONISTA ..... DIPENDENTE ..... CONVENZIONATO .....

INDIRIZZO PERSONALE.....

CAP..... CITTÀ ..... PROV.....

TEL..... FAX..... CELL .....

E-MAIL PERSONALE..... N. ISCRIZ ALBO .....

OSPEDALE.....

INDIRIZZO.....

CAP .....CITTÀ ..... PROV.....

TEL. .... FAX .....

MANSIONE NON OSPEDALIERA .....

Roma, 22 Giugno 2016

La scheda compilata in ogni sua parte e sottoscritta, consente di svolgere tutti gli adempimenti prescritti dal Ministero della Salute per l'accreditamento ECM. I dati raccolti verranno tutelati in forma riservata in osservanza del D.Lgs n° 196/2003.