



Regione Lombardia

Sanità

SCHEDA D'ISCRIZIONE

da inviare via fax a: 02 50318461, o via Mail: minwhomi@ngi.it

La Medicina Complementare negli Ospedali Lombardi

(Scrivere in stampatello)

Data: / /2007

COGNOME:*

NOME:*

CODICE FISCALE:*

NATO A:*

IL:*

PROFESSIONE:*

DISCIPLINA (obbligatorio per medici, farmacisti, veterinari, biologi, chimici e fisici):

ORDINE/COLLEGIO PROFESSIONALE/ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE:

NUMERO DI ISCRIZIONE:

TELEFONO:

TEL. CELLULARE:

E-Mail:*

INDIRIZZO ABITAZIONE:

CAP: LUOGO: SIGLA PROVINCIA:

*** campi obbligatori**

Eventuale ente di appartenenza:

ENTE:

U.O.

TELEFONO: FAX:

E-Mail:

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla privacy.
I dati non saranno né diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli coinvolti nella prestazione dei servizi formativi.

Data:

Firma: