

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

DA INVIARE VIA MAIL A : [segreteriaorganizzativa@cmwlab.it](file:///C:\Users\gaetano\AppData\Local\Temp\segreteriaorganizzativa@cmwlab.it)

COGNOME..........................................................................NOME.............................................................................

LUOGO E DATA DI NASCITA…………………………………………………….. CODICE FISCALE………………………………………………….

RESIDENTE IN VIA.......................................................................................CITTÀ......................................................

TEL/FAX...............................................................................EMAIL..............................................................................

PROFESSIONE : MEDICO CHIRURGO INFERMIERE FARMACISTA BIOLOGO

SPECIALIZZAZIONE : …………………………………………………………………………………………………………………………….

RUOLO ATTUALMENTE RICOPERTO:

LIBERO PROFESSIONISTA DIPENDENTE CONVENZIONATO

Evento ECM accreditato presso il Ministero della Salute per medico chirurgo specialista in: Medici Specialisti in:

**Dermatologia e Venereologia, Reumatologia, Allergologia e Immunologia Clinica, Gastroenterologia, Pediatria, Oculistica, Endocrinologia, Psichiatria, Malattie Infettive, Oncologia, Farmacologia, Medici di Medicina Generale, Psicologi, Biologi, Farmacisti e Infermieri.**.

Per quanto concerne il pagamento della quota di iscrizione, pari a € 200 + iva, va effettuata versando la somma tramite bonifico bancario ed inviando la ricevuta contabile all'indirizzo e-mail segreteriaorganizzativa@cmwlab.it.

Coordinate bancarie

Bper Banca

IBAN IT70Z0538774791000043011113

Intestato a Cmw Lab S.r.l.