

 <p>NOMENTANA HOSPITAL CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA</p>	<p>Modulo Scheda Iscrizione</p>	<p>MOD_SIS Vers.02</p> <p>Pag. 1/1</p>
---	--	---

Corso ECM “La responsabilità giuridica nella prescrizione e somministrazione di farmaci”

Data: 31 Maggio 2014
NOMENTANA HOSPITAL, Largo Nicola Berloco 1, 00013 Fonte Nuova (RM)

Inviare via Fax al numero 0690017165 della Segr. Organizzativa (tel. 0690017261), unitamente alla fotocopia del bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento.

I Campi ASSOLUTAMENTE OBBLIGATORI sono contrassegnati da ➤

➤ Cognome _____ ➤ Nome _____
 ➤ Residente in Via/Piazza _____ ➤ Prov _____ ➤ CAP _____
 ➤ Codice Fiscale _____ ➤ Tel/cell. _____
 ➤ Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

➤ Ente _____
 ➤ Indirizzo dell'Ente _____
 CAP _____ Città _____ Prov: _____
 e-mail _____ ➤ Tel. _____

➤ Posizione Professionale:
 Dipendente; Collaborazione a progetto.; Libero professionista; _____

➤ Disciplina:
 Patologia Clinica; Igiene, epidemiologia e sanità pubblica; Lab. Genetica Medica;
 Microbiologia e Virologia; Biochimica Clinica; Igiene degli alimenti e della nutrizione;
 Infermieristica; Fisioterapia; Terapia Occupazionale; Farmacia; Psicologia

➤ Laureato in: Scienze Biologiche; Medicina e Chirurgia; Farmacia; Infermieristica; Fisioterapia
 Terapia Occupazionale; Dietista; Psicologia;

Specializzazione in: _____

Il pagamento è di € 80,00 (comprensivo di IVA)

Il pagamento può essere effettuato tramite:

- **Bonifico bancario presso Banca Intesa San Paolo IBAN IT 65A0306905135100000003889 intestato a Nomentana Hospital S.r.l. indicando come causale “Corso di aggiornamento ECM del Titolo” e specificando il nominativo del partecipante.**

Pregasi inviare copia dell'avvenuto pagamento unitamente al modulo d'iscrizione.

In caso di rinuncia al corso, non sarà rimborsata la quota di iscrizione.

***Se l'intestatario della fattura è persona o ente diversa dal partecipante al corso, indicare sul bonifico di pagamento l'effettivo intestatario.**

Autorizzo il Nomentana Hospital S.r.l. Unipersonale soggetta a direzione e coordinamento della Centro di Sanità S.p.A. in liq. al trattamento dei dati sopra riportati ai sensi della vigente disciplina sulla tutela dei dati personali (d. lgs. 196/03)

Data: __/__/____

Firma