

# CONVEGNO AIP-SINDEM 25 OTTOBRE 2019

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

E' obbligatorio compilare tutti i campi richiesti.

### MEDICO CHIRURGO:

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geriatria                                 | <input type="checkbox"/> Medicina Interna  | <input type="checkbox"/> Neurologia                             | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile |
| <input type="checkbox"/> Psichiatria                               | <input type="checkbox"/> Psicoterapia      | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia                         | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia        |
| <input type="checkbox"/> Neuroradiologia                           | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (Medici Di Famiglia) |   |
| <input type="checkbox"/> Patologia Clinica                         |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Tecnico Della Riabilitazione Psichiatrica |  | <input type="checkbox"/> Tecnico Di Neurofisiopatologia         |   |
| <input type="checkbox"/> Biologo                                   | <input type="checkbox"/> Psicologo         |   |   |

Cognome e Nome .....

Data e Luogo di nascita .....

C.F. ....

Indirizzo.....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

E-mail.....

Cell.....

Inviare la scheda a:

PROMO dea s.r.l.

• a mezzo posta elettronica all'indirizzo [info@promodea.it](mailto:info@promodea.it)

• a mezzo fax 0961.1916669