

SCHEDA DI ISCRIZIONE

[] MEDICO CHIRURGO SPECIALIZZATO IN _____ (inserire la specialistica)

[] INFERMIERE [] FARMACISTA [] DIETISTA [] OSTETRICA

[] PODOLOGO [] TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA [] TECNICO ORTOPEDICO

[] TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE

[] TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA

Cognome e Nome _____

Data e Luogo di nascita _____

C.F. _____ Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

E-mail _____ Cell. _____

Inviare la scheda a: info@promodea.it o tramite fax 0961.1916669

con il contributo non condizionante di:

