PERC

Pavia Emergency Room Congress

MAXIEMERGENZE

una risposta multiprofessionale

Pavia, 25-26 ottobre 2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Professione ☐ Infermiere ☐ Medico (disciplina_____)
☐ Tecnico del soccorso ☐ Ostetrica/o ☐ Psicologo ☐ Specializzando
☐ Altro_____

Reparto_____

Azienda Ospedaliera/Ente_____

_____Città_____Prov_____

Iscrizione a: ☐ **Corso precongressuale** del 25.10.2019 (Medico € 60,00; Infermiere, Specializzando € 40,00)
☐ **Congresso** del 26.10.2019 (Medico € 60,00; Altre professioni € 40,00)

☐ **Allego copia bonifico di € _____**
☐ **Iscrizione gratuita**

DATI PERSONALI

Data di nascita _____Luogo di nascita_____Prov_____

CF /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

Indirizzo Privato_____n. civico_____

Cap_____Città_____Prov_____

Tel_____Cell_____

E-mail*_____@_____

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.
Si prega di scrivere in modo leggibile.

DATI FATTURAZIONE ☐ **coincidono con i DATI PERSONALI (NON compilare il riquadro sotto)**
☐ **diversi dai DATI PERSONALI (si prega di compilare il riquadro sotto)**

RAGIONE SOCIALE_____

INDIRIZZO: _____ _____

CAP _____ CITTA' _____PROV. _____

P.IVA / COD.FISC. _____

*Si prega di compilare i dati di fatturazione con estrema attenzione. Una volta emessa, **la fattura NON è più modificabile.***

Ai sensi e per gli effetti della Legge 675/96 e sue successive integrazioni, il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali da parte della Segreteria Organizzativa e del Provider E.C.M, anche in relazione ad altre iniziative di carattere scientifico.

Data_____ Firma_____

Da inviare alla Segreteria Organizzativa
via mail (congressi@smatteo.pv.it)
o via fax (0382 502508)
entro il 18 ottobre 2019

Sistema Socio Sanitario
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
Regione Lombardia