BLSD BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Cognome_____Nome_____

Richiesta crediti ECM ☐ SI ☐ NO

Professione _____

Disciplina (per Medico, Farmacista, Veterinario)_____

Azienda Ospedaliera_____

Città_____Prov_____

Iscrizione a:

☐ EDIZIONE 11 del 8 maggio
☐ EDIZIONE 12 del 14 maggio
☐ EDIZIONE 13 del 23 maggio
☐ EDIZIONE 14 del 28 maggio
☐ EDIZIONE 15 del 4 giugno
☐ EDIZIONE 16 del 24 settembre
☐ EDIZIONE 17 del 2 ottobre
☐ EDIZIONE 18 dell'8 ottobre
☐ EDIZIONE 19 del 15 ottobre
☐ EDIZIONE 20 del 22 ottobre
☐ EDIZIONE 21 del 24 ottobre
☐ EDIZIONE 22 del 29 ottobre
☐ EDIZIONE 23 del 5 novembre
☐ EDIZIONE 24 del 12 novembre (mattutina)
☐ EDIZIONE 25 del 12 novembre (pomeridiana)
☐ EDIZIONE 26 del 19 novembre (mattutina)
☐ EDIZIONE 27 del 19 novembre (pomeridiana)
☐ EDIZIONE 28 del 27 novembre (mattutina)
☐ EDIZIONE 29 del 27 novembre (pomeridiana)
☐ EDIZIONE 30 del 3 dicembre

DATI PERSONALI

Data di nascita _____Luogo di nascita_____Prov_____

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

Indirizzo Privato_____n. civico_____

Cap_____Città_____Prov_____

RECAPITI

Tel_____Cell_____

Email*_____@_____

* è necessario inserire un indirizzo mail per ricevere conferma dell'avvenuta iscrizione ed eventuali comunicazioni.

Si prega di scrivere in modo leggibile.

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)

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia