

TRATTAMENTO MEDICO CON ONDE D'URTO

Scheda di iscrizione

San Giovanni Rotondo 26/Novembre/2011
IRCCS Ospedale "Casa Sollievo Della Sofferenza"

Nome _____ Cognome _____

Qualifica _____

Specializzazione _____

Ente di appartenenza _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____ Fax _____

L'iscrizione è gratuita. Si prega di compilare la scheda di iscrizione e di inviare il modulo alla Segreteria Organizzativa **Medical Tools** mezzo fax. **080 5341358** o email **commerciale@medicaltools.it** entro il 10/11/2011

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo la Medical Tools al trattamento dei miei dati personali, in conformità alla legge 675/96. I dati saranno usati per finalità strettamente connesse alle attività congressuali.

Firma _____ Data _____