SCHEDA DI ISCRIZIONE
"Update on Ischemic Stroke"
(Medicalink s.r.l. Provider n. 523)

CAMPUS UNIVERSITARIO di SAVONA
Savona, 3 Febbraio 2018

Nominativo Partecipante_____

Medico □(1) Altra figura professionale □ specificare _____

Dipendente □ Libero Professionista □ Convenzionato □ Studente □

(1)***Se medico:*** *Specialista* □ *(Specificare Specialità_____)* *Senza Specialità* □ *Specializzando* □

Indirizzo _____ N. Ordine Professionale_____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

N. Telefonico _____ N. Cellulare _____

N. Fax _____ e-mail _____

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara di:

NON essere stato iscritto da Sponsor Commerciale □

ESSERE stato iscritto dal seguente Sponsor Commerciale □
(Aziende Farmaceutica o produttrice di dispositivi medicali):

_____

Si ricorda che il limite massimo di crediti formativi acquisibili mediante reclutamento diretto è di un 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento e che all'atto della compilazione e trasmissione agli enti competenti del report contenente l'elenco dei partecipanti ai corsi ECM il Provider dovrà indicare negli appositi spazi il nome dello sponsor

Firma _____ Data _____/_____/_____

In base al D. Lgs. 196/03 autorizzo Medicalink s.r.l. al trattamento dei miei dati personali sia in formato cartaceo sia in formato elettronico, ai soli fini dei servizi relativi all'evento compreso il rapporto con il COGEAPS e AGENAS, in relazione all'accreditamento ECM.

Acconsento inoltre a ricevere l'invito dei corsi di Medicalink s.r.l. **SI** □ **NO** □

Firma _____ Data _____/_____/_____

N.B. I DATI PERSONALI DEVONO ESSERE RIPORTATI IN MANIERA CHIARA, LEGGIBILE E COMPLETA, IN QUANTO SARANNO TRASMESSI PER L'ATTRIBUZIONE DEI CREDITI.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a: Medicalink s.r.l. Tel. 010 594541 – Fax 010 542310 – e-mail: info@medicalink.it – www.medicalink.it
PER ISCRIVERSI INVIARE LA SCHEDA COMPILATA AL FAX 010542310 o via mail: info@medicalink.it