

International Meeting on New Antiviral Regimens for Chronic Hepatitis



Università degli Studi di Salerno - Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Campus di Baronissi
15-16 Maggio 2015

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

COGNOME*	_____	NOME*	_____
TEL.*	_____	CELLULARE	_____
FAX	_____	E-MAIL*	_____
TIPOLOGIA DI PARTECIPANTE: <input type="checkbox"/> MEDICO/BIOLOGO/FARMACISTA <input type="checkbox"/> PAZIENTE			

I MEDICI/BIOLOGI/FARMACISTI sono pregati di compilare anche i campi sottostanti

TIT _____ PROFESSIONE* _____ AREA SPECIALISTICA* _____

RUOLO* Libero professionista Dipendente Convenzionato

CODICE FISCALE* _____

LUOGO DI NASCITA* _____ DATA DI NASCITA* _____

ISTITUZIONE DI APPARTENENZA _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

***Dati indispensabili per la certificazione ECM. In mancanza di tali dati, per l'impossibilità di trasmissione al ministero della salute, i crediti ECM non potranno essere attribuiti. I crediti ECM saranno inviati via e-mail, salvo diversa indicazione.**

Autorizzo il trattamento dei miei dati sensi del D. Lgs. N. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni*

*Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal punto 3.2 del vigente codice deontologico di Farmindustria, dà il proprio consenso a trasmettere al Comitato di controllo i propri dati.

La partecipazione è limitata ai primi 150 iscritti. I partecipanti riceveranno conferma dell'iscrizione via email.

Da inviare compilata alla **Segreteria Organizzativa:**

Scientific Communication srl Tel +39 081 2296460 – 2296037 - Fax +39 081 0072045 - Email: info@jeangilder.it