



DIPARTIMENTO DI MEDICINA-DIMED

SCHEDA DI ISCRIZIONE

CORSO PRATICO

BASI FONDAMENTALI DI ECOGRAFIA TIROIDEA

Padova, 22-23 ottobre 2015

Ambulatorio Semeiotica

Via Ospedale, 105 - 35128 Padova

palazzina ex Semeiotica Medica

Cognome _____ Nome _____

Per l'attribuzione dei crediti ECM del Ministero della Salute si prega di specificare:

Codice Fiscale----- | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Nato a _____ Prov. ____ il ____ / ____ / ____

Via (domicilio) _____

Cap | _ | _ | _ | _ | _ | Città _____ Prov. | _ | _ |

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Laurea in _____

Disciplina _____

Ente di appartenenza _____ tel. _____

L'evento è accreditato dal Provider Nazionale id. 1884, per 9 partecipanti, per le seguenti figure: **MEDICI CHIRURGHI** (discipline: endocrinologia, medici di medicina di generale, ginecologi, internisti, geriatri, radiologi)

Quota di iscrizione € 600,00 **comprensivo di pernottamento**
€ 450,00 **escluso pernottamento**

Forma di pagamento prevista:

Bonifico bancario intestato a: Dipartimento di Medicina-DIMED Univ. Di Padova - Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova c/o CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO S.p.A Filiale di Via Jappelli n. 13—35121 PADOVA

IBAN **IT49H 06225 12186 100000046594** - CAUSALE: Corso: Basi fondamentali di ecografia tiroidea - Padova, 22-23 ottobre 2015.

E' necessario inviare copia del bonifico a mezzo e-mail all'indirizzo: **cristina.degan@unipd.it** oppure via **fax al n. 049 8211255**

**Le iscrizioni verranno accettate in ordine di arrivo fino ad esaurimento dei posti.
Indicare indirizzo mail o numero di telefono per la conferma dell'iscrizione**

Ai sensi dell'art. 10 della Legge n. 675 del 31/12/96 e della Legge n.127 del 24/03/2001- D.L. n.467 del 28/12/2001 sulla privacy, autorizzo il trattamento dei miei dati personali.

Data _____ Firma _____