

Corso ECM "I. L. S. Intermediate Life Support "

Fac- simile istanza di iscrizione Da trasmettere esclusivamente via fax al
n. 081/7614387



All'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri Napoli

Io sottoscritto Dr. _____ nato il _____

a _____ residente a _____

alla Via _____ Professione _____

Disciplina _____ Specializzazione _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi Al N°.....	Iscritto all'Albo degli Odontoiatri Al N°.....
--	---

Attività svolta (barrare la parte che interessa):

Libero professionista	<input type="checkbox"/>
Dipendente	<input type="checkbox"/>
Convenzionato	<input type="checkbox"/>

Dichiaro di aver conseguito il brevetto BLSD il _____

c/o _____

CHIEDO di essere iscritto al Corso ECM
"I. L. S. Intermediate Life Support "

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Data _____ Firma _____

Edizioni
Medici Chirurghi

Edizioni
Odontoiatri

- 01/03/2014
- 29/03/2014
- 31/05/2014
- 14/06/2014
- 26/06/2014
- 02/07/2014
- 22/07/2014

- 31/01/2014
- 28/04/2014
- 28/05/2014