E.C.M.
Commissione Nazionale Formazione Continua
age.na.s.
OPI

SCHEDA DI ISCRIZIONE

PROCEDURE DI GESTIONE DELL'APPROVVIGIONAMENTO DEI FARMACI STUPEFACENTI.

EVENTO ECM N.1654- 410791

Matera 23 Marzo 2024

SALA CINEMA SEDE CENTRALE ASM MATERA

Cognome *_____ Nome _____
Data di nascita *_____Luogo di nascita*_____
Prov.*___ Codice Fiscale* /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
Indirizzo *_____ n°_____
CAP *_____ Città *_____ Prov. *_____
Tel. *_____ Fax _____ Cell. _____
E-mail _____@_____
Pec * _____@_____
Collegio/Ordine/Ente di appartenenza*_____
Professione* _____
Disciplina _____
Dipendente Convenzionato SSN Libero professionista Senza occupazione
Azienda di appartenenza _____
Ospedale/Unità Operativa/Distretto _____

L'evento è accreditato per 4 crediti ECM, per infermieri e infermieri pediatrici, per 100 partecipanti.Completare la scheda in ogni sua parte (i campi contrassegnati con * sono obbligatori).

Non verranno prese in considerazione le schede di iscrizione illeggibili e/o incomplete ed inviarla solo ed esclusivamente all'indirizzo email info@opimatera.it

Le iscrizioni saranno accettate in ordine di arrivo cronologico; quelle che arriveranno dopo il raggiungimento del numero di posti disponibili per gli ECM, saranno ammesse senza alcuna riserva a partecipare senza l'acquisizione dei crediti. In caso di assenza di uno degli iscritti con crediti, gli stessi verranno assegnati al primo iscritto (senza crediti) della giornata dell'evento.

Autorizzo il trattamento dei dati personali per gli usi consentiti dalla legge 31/01/96 n°675 □

Data _____ Firma _____