

SCHEDA D'ISCRIZIONE

La ventilazione non invasiva: scenari clinici con simulatore polmonare

Per accedere al corso inviare la scheda di iscrizione tramite fax o mail,

FAX +39 02 20 13 95 NICOLO@VICTORYPROJECT.IT

Compilare la scheda in stampatello

COGNOME _____

NOME _____

VIA _____ N° _____

CITTA' _____ PROV _____ CAP _____

TEL: _____ FAX _____

CELL: _____ E-mail _____

Cod.Fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Professione:

Medico Specialità _____

Fisioterapista

Struttura presso la quale presta servizio : _____

Socio ARIR :

Autorizzo, ai sensi della legge 675/96 la Segreteria del Corso al trattamento dei miei dati personali contenuti nel presente modulo per le finalità di organizzazione e gestione del Corso suddetto.

DATA _____ FIRMA _____

COGNOME _____

NOME _____

VIA _____ N° _____

CITTA' _____ PROV _____ CAP _____

TEL: _____ FAX _____

CELL: _____ E-mail _____

Cod.Fiscale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Professione:

Medico Specialità _____

Fisioterapista

Struttura presso la quale presta servizio : _____

Socio ARIR :

Autorizzo, ai sensi della legge 675/96 la Segreteria del Corso al trattamento dei miei dati personali contenuti nel presente modulo per le finalità di organizzazione e gestione del Corso suddetto.

DATA _____ FIRMA _____