

ISCRIZIONE

Focal Shockwaves Treatments Study Congress

Da inviare a Viaggi Pandosia entro e non oltre il **22 marzo 2023**
e-mail: p.colistro@convegnipandosia.it

Cognome Nome

nato/a il

codice fiscale

Via n°

Città cap Prov. (.....)

tel. fax

e-mail

Appartenenza Ordine n. Iscrizione

Medico Chirurgo

<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Medicina Legale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia
<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Dermatologia E Venereologia	<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione
<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	<input type="checkbox"/> Malattie dell'Apparato Respiratorio	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica
<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale	<input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica
<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Chirurgiamaxillo-facciale	<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
<input type="checkbox"/> Reumatologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	
<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Chirurgiavascolare	

Fisioterapista

Tutti i campi sono obbligatori ai fini dei crediti ECM

Data Firma

I dati forniti sono necessari ai fini dell'invio della comunicazione della iscrizione e della dettagliata documentazione. Il trattamento di dati è effettuato, oltre che per la finalità sopradetta, anche per l'invio di future informazioni su tematiche scientifiche e didattiche. Si manifesta altresì il proprio consenso ai sensi della L. 196/2003.

Accetto

Non accetto

Data Firma