

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Case Reports 2024 La Gestione dei Casi Complessi

Roma, 13 Aprile 2024

*Cognome _____ *Nome _____

*Indirizzo _____ *CAP _____

*Città _____ *Prov. _____

*Tel _____ *Email _____

*C.F. _____ *Luogo e Data di Nascita _____

*Qualifica _____ *Az. Osp /Ente _____

*Inquadramento professionale:

Libero Professionista Dipendente Convenzionato

L'iscrizione al congresso è gratuita

*Professione:

Medici Chirurghi in Oftalmologia Infermieri Ortottisti/Assistenti di Oftalmologia

**N. B. Compilare il modulo in tutti i campi e mandare all'indirizzo mail:
eventi@formazioneeventisrl.it.**

**Trattamento dei dati personali ai sensi del "Regolamento UE 2016/679"

Accetto Non Accetto

Data _____ Firma _____