



Scheda di Iscrizione al WORKSHOP

Infezione da HPV: dalla diagnosi precoce alla prevenzione primaria.

ROMA, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA', 9 – 10 Novembre 2005

Cognome.....Nome.....Qualifica.....

Affiliazione

Indirizzo.....

.....

Tel.....FaxE-mail.....

I Partecipanti interessati alla concessione dei crediti ECM devono fornire obbligatoriamente le seguenti informazioni:

Biologo

Medico

Indirizzo abitazione.....

Professione Titolo di studio

Luogo e data di nascita.....Cod.Fisc.....

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196/2003 e successive modifiche

Data Firma

Si Prega di compilare ed inviare la scheda di iscrizione via fax al numero 06 49902082 o per Email a mochi@iss.it