

Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza
San Giovanni Rotondo
19 e 21 gennaio 2009
DISAGIO PSICHICO IN AMBITO OSPEDALIERO:
MODALITA' DI INTERVENTO
Evento formativo: richiesta Ministeriale di accreditamento ECM
Scheda di iscrizione

COGNOME.....

NOME.....

Domicilio.....

Telefono.....fax.....

Cell.....email.....

Cod.fiscale.....

P:ta IVA.....

Professione : (barrare la casella)

* Medico Chirurgo : specializzazione

* Infermiere

* Fisioterapista

* Terapisti dell'età evolutiva

Si autorizza l'uso dei dati qui riportati ai sensi della legge 675/96

Data.....

Firma.....

Modalità di pagamento:

Quota di partecipazione Euro 20 inviare a

Casa Sollievo della Sofferenza

Bonifico Bancario-Coordinate bancarie:

CARIME spa filiale di San Giovanni Rotondo

Cod.iban: IT43 C030 6778 5900 0000 0050 061

Causale:" Disagio psichico in ambito ospedaliero: modalita' di intervento"

Segreteria Organizzativa:

F.Cassano- E.Natale

L.Di Iorio

Tel.0882/ 410274 0882/416400 0882416/302

e-mail neuroinfantile@operapadrepio.it

Inviare il presente modulo e copia del bonifico al fax 0882 416200