

**Corso di aggiornamento  
Cardio-oncologia  
Lido di Camaiore (Lu), 2 ottobre 2017**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
da inviare per e-mail a [formazione@gecoef.it](mailto:formazione@gecoef.it) o per fax allo 050-2209734

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Indirizzo privato \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Indirizzo Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

**Professione:**

Medico Chirurgo  Farmacista  Infermiere  Biologo

**Sede del Convegno:**

Sala Meeting UNA Hotel Versilia (Lido di Camaiore - Lucca)

Pratica ECM SI  NO

\* ORDINE  \* COLLEGIO  \* ASSOCIAZIONE  DI (indicare città) \_\_\_\_\_

\*N. ISCRIZIONE (se previsto) \_\_\_\_\_

indicare il numero di iscrizione del Collegio/Associazione/Ordine di appartenenza. Lo stesso, come da disposizioni Ministeriali, sarà riportato sull'attestato ECM insieme ai crediti formativi.

**N.B. Per coloro che non sono iscritti ad un Ordine o Collegio o Associazione si prega inserire "NON DISPONIBILE"**

Indirizzo e-mail per l'invio dell'attestato:

**Informativa ai sensi del D.LGS 30/6/2003 n. 196**

Autorizzo GECCO Eventi e Formazione ad inserire i miei dati nelle loro liste, per il trattamento degli stessi ai fini divulgativi, scientifici e per la pratica ECM. In ogni momento potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione.

Per il consenso  
Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_