

MODULO DI ISCRIZIONE
(si prega di compilare in stampatello)

Il corso è aperto alle seguenti professioni e discipline:

Professione: medico chirurgo
Disciplina: genetica medica, pediatria, neurologia, nefrologia, cardiologia,
ematologia, neuropsichiatria infantile e psichiatria

Professione: biologo
Disciplina: biologia

NOME _____ COGNOME _____

PROFESSIONE _____ DISCIPLINA* _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

CITTÀ _____

CELL. _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* in caso di specializzazione in più discipline indicare quella congrua con le discipline per cui è aperto il corso

DATA _____ FIRMA _____

L'iscrizione è completamente gratuita.

Si fa presente che il corso è a numero chiuso.
Preghiamo cortesemente di confermare la vostra partecipazione al convegno inviando via fax il presente modulo compilato in ogni sua parte al n° **02-24449227** all'attenzione di Alessandra Capozio oppure via mail all'indirizzo **a.capozio@doc-congress.com**.
L'iscrizione si intende accettata a meno di diverse comunicazioni da parte della Segreteria Organizzativa.
Vi preghiamo di informare la nostra segreteria nel caso in cui lei sia impossibilitato a partecipare.

SEGRETERIA SCIENTIFICA E PROVIDER



DOC CONGRESS S.r.l. - ID 246 Albo Provider Agenas
Via Giovanna d'Arco, 47 - 20099 Sesto San Giovanni (MI)
a.capozio@doc-congress.com - Tel. +39 02 24449233

