



SCHEDA DI ISCRIZIONE

NUTRIZIONE DEL NEONATO
Bologna, 10 – 17 - 24 Ottobre 2016
FARMACISTI

Da compilare ed inviare via e-mail, fax o posta ordinaria

DESIDERO ISCRIVERMI ALLE SEGUENTI GIORNATE:

10 OTTOBRE

17 OTTOBRE

24 OTTOBRE

1. Informazioni sul partecipante

Nome _____ COGNOME _____

Professione _____

Disciplina _____ luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo privato _____

Via _____

Città _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ cell _____

E-mail _____

Sede di lavoro

Ente/Istituto/Ospedale _____

U.O/ Divisione/Specialità _____

Via _____ Città _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

ESIGENZE PARTICOLARI

PRESIDI PER DIVERSAMENTE ABILI _____

2. Informazioni generali

Le iscrizioni dovranno essere inviate alla segreteria organizzativa via e-mail, fax o posta ordinaria.

Vi preghiamo di utilizzare un modulo per persona. Per qualsiasi problema nella registrazione vi preghiamo di contattare la Segreteria Organizzativa al numero 051 5876729 o via e-mail - momedaeventi@momedaeventi.com

É possibile effettuare cambi di nominativi ma saranno accettati solo per iscritto.

Data: ____/____/____

Firma: _____

