

PAZIENTE CON DISFUNZIONE ERETTILE: CHI E', COME GESTIRLO, COME TRATTARLO.

Roma, 17 settembre 2016 ☐

Bologna, 24 settembre 2016 ☐

Inserire la propria preferenza inserendo una X nella casella desiderata



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare in stampatello ed inviare tramite fax allo 06.80660226 o e-mail: sia@andrologiaitaliana.it

Nome* _____ Cognome* _____

Nato a* _____ il* _____

Codice Fiscale* _____

Via* _____

Città* _____ Prov. _____ Cap _____

Cell./Tel.* _____ Fax _____

E – mail* _____

PEC _____

☐ **Specialista in*** _____

☐ **Psicologo*** _____

☐ **Specializzando in** _____

Ente e struttura _____

N. Iscr. Ordine dei Medici* _____ di* _____

N. Iscrizione all'Albo _____ di* _____

☐ **L: Libero Professionista*** ☐ **D: Dipendente***

☐ **C: Convenzionato*** ☐ **P: Privo di occupazione***

**Dati obbligatori ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi ECM - Evento n°165364 (Ed. I e II) - se conseguiti – N. 8,4 crediti, Provider ECM n. 333 – S.I.A. – indirizzato alle seguenti professioni: PSICOLOGO - MEDICO CHIRURGO: endocrinologia, ginecologia e ostetricia, urologia.*

Corsi a numero chiuso: max 40 partecipanti ogni corso

L'iscrizione comprende: attestato di partecipazione; attestato ECM, se conseguito; kit congressuale; lunch; coffee break. Tutto quanto non espresso è escluso.

La sottoscrizione della presente scheda autorizza l'uso dei dati personali, in esecuzione dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996 n. 675

Data _____ Firma _____