

IL TRATTAMENTO DELLA INFERTILITA' MASCHILE: COME QUANDO E PERCHE'



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°163889 - se conseguiti – N. 6 crediti, Provider ECM n. 333 – S.I.A. – indirizzato alle seguenti professioni: MEDICO CHIRURGO: endocrinologia, ginecologia e ostetricia, MMG, andrologia, urologia.*

Corsi a numero chiuso: max 100 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 _____