****

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

**DATI PERSONALI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:**  |
| **Data di nascita:** | **Cittadinanza:** |
| **Luogo di nascita:** | **(Prov.)**  |
| **Stato:** | **Genere: M F**  |
| **Indirizzo:** |
| **Città:** | **Provincia:**  |
| **CAP:** | **Regione:**  |
| **Telefono:** | **Fax:**  |
| **E-mail:** |
| **Codice fiscale:**  **P. IVA:** |

**DATI PROFESSIONALI** (da compilare ai fini ECM)

|  |
| --- |
| **Professione:**  |
| **Specializzazione:**  |
| **Ruolo**  | **Ente di appartenenza:**  |
| **Richiede attestato ECM se previsto: SI NO**  |

**DATI FATTURAZIONE**

|  |
| --- |
| **Intestatario:**  |
| **Codice fiscale o P.IVA:**  |
| **PEC o Codice Destinatario:**  |

Evento ECM accreditato presso il Ministero della Salute per medico chirurgo specialista in:

Allergologia ed Immunologia clinica; Dermatologia e Venereologia; Gastroenterologia; Endocrinologia; Medicina Interna; Oncologia; Reumatologia; Medicina Generale; Pediatria (pediatri di libera scelta); Medicina del lavoro.

Farmacia ospedaliera; Farmacia territoriale; Biologo e Infermiere.

Per quanto concerne il pagamento della quota di iscrizione, pari a **€ 50 + Iva**, va effettuata versando la somma tramite bonifico bancario ed inviando la ricevuta contabile all'indirizzo e-mail [segreteriaorganizzativa@cmwlab.it](segreteriaorganizzativa%40cmwlab.it)

Coordinate bancarie:

**Bper Banca**

IBAN **IT70Z0538774791000043011113**

Intestato a **Cmw Lab S.r.l.**

L'evento è gratuito per gli specializzandi.