

**LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON BPCO COMPLESSO PER
COMORBILITÀ CARDIO-RESPIRATORIA**

FROSINONE – 7 MAGGIO 2016

Modulo da rinviare via e-mail tresj@tresj.it

IL\LA SOTTOSCRITTO\A

COGNOME.....

NOME:.....

NATO/A A..... IL

COD.FISCALE.....

PROFESSIONE:.....

DISCIPLINA:.....

TEL.:..... CELL:.....

INDIRIZZO E-MAIL:.....

VIA:..... N°:.....

CITTA':..... Prov.:..... Cap:.....

Desidera partecipare al Corso in oggetto

Acconsento all'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003,
nella misura necessaria per il conseguimento dei crediti formativi presso il Ministero
della Salute

Data

Firma.....