

Dopo il 16 maggio 2016 presentare  
la scheda direttamente al Convegno

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare per fax, posta o e-mail a **GynePro Educational**  
Via T. Cremona, 5 - 40137 Bologna - Fax 051 222101 - educational@gynepro.it

Cognome .....

Nome .....

Indirizzo .....

Cap. .... Città ..... Pr. ....

Professione .....

Disciplina .....  Senza Specializzazione

Tel. .... Cell. ....

E-mail (possibilmente PEC). A questo indirizzo verrà inviato l'attestato dei crediti ECM se richiesti.

Codice Fiscale 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Richiedo crediti ECM**

**Medico Chirurgo SPECIALISTA:**  
 Ginecologia e Ostetricia  
 Medicina Generale

**Biologo**

Luogo di nascita  
Città ..... Prov. ....

Stato ..... Data di nascita 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Iscritto/a al seguente Ordine/Collegio/Associazione Professionale .....

Regione/Provincia di Iscrizione .....

Data di Iscrizione ..... Numero di Iscrizione .....

Lavoro presso .....

Unità operativa ..... Città .....

Tipo contratto  Convenzionato  Dipendente  Libero Professionista  Privo di occupazione

### Partecipazione gratuita

Il Titolare del trattamento dei dati personali relativi a persone identificate o identificabili trattati a seguito della compilazione della presente scheda è A&R Eventi sas - Via R. Benassi 28 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO) Tel. 051 474238. Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (D.L. 30 giugno 2003 n° 196) i dati non saranno diffusi né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

Inserendo i dati nel form esprimo il mio  
consenso al trattamento dei miei dati personali. Data .....