

SCHEDA DI ADESIONE

**RISCHIO CLINICO E CONCILIAZIONE SANITARIA**

Giovedì 4 Marzo 2010 ore 15.30 , Thotel Cagliari

**Dati Personali**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

( I suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico ai sensi del D.LGS. del 30-06- 2003, n° 196)

La partecipazione è gratuita.

La scheda di iscrizione, debitamente compilata in ogni sua parte, dovrà pervenire via e-mail oppure via fax alla Segreteria Organizzativa

*Aservice comunicazione e immagine*

Via Machiavelli 136, 09131 Cagliari, tel/fax 070/ 42.939 - aservice.segreteria@virgilio.it  
(orario dal lun,mar,mer,gio 9.00-13.00 e mar/gio 16.00-19.00)

Informazioni e modulistica su **www.aservicestudio.it**

DATA \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 2010

FIRMA \_\_\_\_\_