

l Incontro sulla Gestione del Paziente terminale

SCHEDA DI ISCRIZIONE

I seguenti dati saranno anche utilizzati ai fini della certificazione E.C.M
(Educazione Continua in Medicina)

Da inviare : Fax: 06-9258419 e-mail: m.davi@villa-silvana.it

*“Il Breakthrough pain – Obiettivi ed organizzazione per un programma
di terapia del dolore”*

Aprilia, lì 29/01/2010

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

Professione _____

Disciplina _____

Indirizzo _____

Cap _____ **Città** _____ **Prov** _____

Telefono _____ **Fax** _____

Cellulare _____ **Email** _____

Ai sensi dell' Art. 13 D.lgs n 196 del 30/06/03

Data _____ **Firma** _____