

# REVISIONI SISTEMATICHE E META-ANALISI

**NEGRAR - 20/21 Settembre 2017**

Centro Formazione - Ospedale Sacro Cuore Don Calabria

*Evento ECM MODULO 4*

Si prega di compilare la scheda in ogni sua parte  
e rispedirla alla Segreteria Organizzativa  
tramite fax 075.5722232  
o tramite e-mail: iscrizioni@etruscaconventions.com  
entro il **5 Settembre 2017**

*- tutti i campi sono obbligatori -*

Cognome .....

Nome .....

Codice Fiscale .....

Via ..... N. ....

Cap ..... Città..... Prov. ....

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

E-mail .....

Qualifica professionale .....

Quota di iscrizione euro 100,00.  
prima del pagamento contattare Etrusca Conventions

Desidero crediti ECM per

Biologo     Psicologo     Farmacista     Infermiere

Medico Chirurgo

disciplina: .....

Non desidero crediti ECM

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, in qualità di interessato, presta il proprio consenso al fine di ricevere successive comunicazioni inerenti l'organizzazione di convegni.

Do il consenso     Nego il consenso

Data .....

Firma .....