

Secondo corso su

HEALTH EQUITY AUDIT

Bari, 6-9 ottobre 2015

Il sottoscritto nome _____ cognome _____
nato a _____ il _____

- ☐ operatore presso _____
con il ruolo di _____
- ☐ medico in formazione specialistica presso la facoltà di medicina di _____
- ☐ altro _____

richiede di essere iscritto al secondo corso su health equity audit “Chi ha e chi non ha: le disuguaglianze di salute evitabili e le azioni di contrasto” che si terrà a Bari tra il 6 e il 9 ottobre 2015.

Dichiaro inoltre di

- ☐ aver bisogno dell'accREDITamento ECM per il corso
- ☐ non aver bisogno dell'accREDITamento ECM

In fede

La presente scheda di iscrizione, insieme alla ricevuta di pagamento, dovranno essere inviate alla segreteria organizzativa all'indirizzo mail info@cicsud.it

Per ulteriori informazioni:

Segreteria organizzativa Cic Sud - Centro italiano congressi Bari
tel: 080.5043737 mail: info@cicsud.it