

SCHEDA DI ISCRIZIONE

TUMORI IN HIV IN ERA HAART

X riunione nazionale

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO - Aviano (PN)

Venerdì 14 gennaio 2011

Cognome _____

Nome _____

Via _____ N. _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel _____

e-mail _____

Ospedale/Istituto _____

Professione _____

Disciplina (per i medici) _____

Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

**I DATI RICHIESTI SONO NECESSARI
PER L'ACCREDITAMENTO PRESSO
LA COMMISSIONE NAZIONALE E.C.M.**

**Le iscrizioni saranno accettate
fino ad esaurimento dei posti disponibili**

Da compilare in ogni sua parte ed inviare a:

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Divisione di Oncologia Medica A
Centro di Riferimento Oncologico
Via Franco Gallini 2 - 33081 Aviano (PN)
Tel. 0434 659284 - Fax: 0434 659531
e-mail: omaoffice@cro.it

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.L. n. 196/2003

Data _____ Firma _____