

DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELL'INFERTILITA' DI COPPIA

Sabato 21 Novembre 2009

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Pr. _____

Tel. _____

Cell. _____

E-mail _____ @ _____

Richiedo crediti ECM SI NO

Codice Fiscale _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Professione _____

Disciplina _____

Istituto _____

Data _____ Firma _____

* Inviare per fax o posta alla sig.ra Angela Chiarelli
Via Carlo Mayer, 106/A - 41100 Ferrara - Fax 0532236158

* Dopo il 18 novembre 2009 presentare la scheda direttamente al Convegno