**SPERIMENTAZIONE CLINICA IN NEUROLOGIA**

**Ricerca di base e pratica clinica insieme per una cura migliore**

**SCHEDA D’ISCRIZIONE**

**21 Giugno 2018**

**Auditorium IV Piano - Casa di Cura del Policlinico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** |  |
| **Cognome** |  |
| **Professione** |  |
| **Disciplina** |  |
| **Tipologia contrattuale** | **Libero professionista Dipendente Privo di occupazione** |
| **Società** |  |
| **Luogo di nascita e Prov.** |  |
| **Data di nascita** |  |
| **Codice Fiscale** |  |
| **Indirizzo** |  |
| **C.A.P.** |  |
| **Città** |  |
| **Provincia** |  |
| **Tel.- Fax** |  |
| **E-mail** |  |
| **Richiesta Crediti ECM** | **SI NO** |