



SPERIMENTAZIONE CLINICA IN NEUROLOGIA
Studi Clinici Innovativi
SCHEMA D'ISCRIZIONE

30 Giugno 2016

Auditorium IV Piano - Casa di Cura del Policlinico

Nome	
Cognome	
Professione	
Disciplina	
Tipologia contrattuale	Libero professionista <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Privo di occupazione <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>