



AUDITORIUM FATEBENEFRAPELLI NAPOLI

# **LE FISTOLE PERIANALI**

*(dal passato al futuro: il capitolo che manca)*

NAPOLI • 23/24 OTTOBRE 2014

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

Da inviare via fax al n. 081.214.02.98 oppure all'indirizzo mail: [LRECANO@live.com](mailto:LRECANO@live.com) – [pasqualina.recano@fastwebnet.it](mailto:pasqualina.recano@fastwebnet.it)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

### REGISTRAZIONE GRATUITA

Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo Settoriale aventi diritto ECM:

Professione	Disciplina
MEDICO CHIRURGO	GASTROENTEROLOGIA, CHIRURGIA GENERALE, RADIODIAGNOSTICA

L'iscrizione comprende: partecipazione ai lavori scientifici, cartella congressuale, attestato di partecipazione, pause caffè, pause pranzo.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO

*I dati forniti con il presente modulo potranno essere da noi utilizzati ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs. 196/2003 per inviarle comunicazioni, documentazioni, aggiornamenti o atti del convegno, programmi formativi ed altre informazioni anche promozionali relative alle nostre attività istituzionali. per queste specifiche finalità abbiamo bisogno di acquisire il vostro consenso al trattamento dei vostri dati, che potrete esprimere apponendo in calce alla presente la vostra firma.*

ACCONSENTO

Napoli \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

Firma \_\_\_\_\_