

Scheda di iscrizione **SINV Opening Meeting 2010**

Attacco ischemico transitorio: dal cambiamento della nosografia al cambiamento della parte clinica
Reggio Emilia 25 - 26 marzo 2010

IL MANAGEMENT DEL TIA *Corso Teorico - Pratico*

Arcispedale Santa Maria Nuova - Viale Risorgimento 80 - Reggio Emilia

- 130 euro: quota corso
- 100 euro: quota corso soci SINV
- 100 euro: quota corso soci SIMEU
- 50 euro: quota specialisti in formazione e partecipanti eventi SINV 2009

DAL CAMBIAMENTO DELLA NOSOGRAFIA AL CAMBIAMENTO DELLA PRATICA CLINICA *Congresso*

Aula Magna Manodori - Viale Allegrì - Reggio Emilia (ex Caserma Zucchi)

- 120 euro: quota congresso
- 100 euro: quota congresso soci SINV
- 100 euro: quota congresso soci SIMEU
- 50 euro: quota specialisti in formazione e partecipanti eventi SINV 2009

IL MANAGEMENT NELLA REALTÀ LOCALE *On The Field*

Arcispedale Santa Maria Nuova - Viale Risorgimento 80 - Reggio Emilia

- Gratuito

Per i tre eventi è stato richiesto un accreditamento ECM separato, per la professione medico chirurgo e per le specialità di neurologia, medicina interna e specialità correlate, medicina e chirurgia di accettazione e urgenza, chirurgia vascolare; l'iscrizione può pertanto comprendere una o più giornate di lavori.

TUTTE LE INFORMAZIONI LOGISTICO - ORGANIZZATIVE SONO DISPONIBILI SUL SITO www.sinv.it

I dati contrassegnati da (*) sono obbligatori. Si prega di scrivere in stampatello leggibile ed inviare copia della presente scheda tramite fax al n. tel. 0522 522512 o email staff.cea@unimore.it accertandosi della disponibilità al n. tel 0522 522521 ed accompagnata dalla copia del versamento effettuato alle seguenti coordinate bancarie: iban IT 72 S 05387 66690 00001055820 Banca Popolare dell'Emilia Romagna - sede di Castelfranco Emilia (MO) causale "Sinv meeting 2010"

COGNOME* _____

NOME* _____

CODICE FISCALE* _____ P.IVA _____

NATO A _____

PROV. _____ IL () () ()

INDIRIZZO* _____ N.* _____

CAP.* _____ CITTA'* _____ PROV.* _____

TEL. _____ FAX _____

CELL. _____

E-MAIL _____

Medico chirurgo Socio SINV Medico specialista in formazione

Medico partecipante a iniziative SINV 2009

DATI PER LA FATTURA (Se diversi da quelli sopracitati)*

FATTURA DA INTESTARE A _____

CODICE FISCALE _____ P.IVA _____

INDIRIZZO _____ N. _____

CAP. _____ CITTA' _____ PROV. _____

I dati raccolti verranno conservati e tutelati elettronicamente in forma strettamente riservata in osservanza della L. 675/9. Gli stessi potranno essere, su richiesta dell'interessato, modificati o cancellati in qualsiasi momento. In particolare tali dati potranno essere inviati al Ministero della Sanità, per fini afferenti al programma Educazione Continua in Medicina.

Data _____ Firma _____

