

SCHEDA DI ISCRIZIONE- EVENTO ID. 120-8520**PREHOSPITAL TRAUMA CARE: LA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO****PALERMO 26/11/2022**Si prega di rinviare questa scheda di iscrizione via mail a: ecm@mediali.it oppure via fax allo 091-6797965

Per informazioni contattare la Segreteria Organizzativa dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00

Nome		Cognome	
Nato/a a		Nazione	
Data di nascita		Codice fiscale	
Residente a		Provincia	
Via		CAP	
Ente di appartenenza		Professione sanitaria	
Tel. / cell.		e.mail:	

CHIEDE

A codesto Provider regionale MEDIALI IMPRESA SOCIALE srl l'iscrizione al Corso ECM dal titolo :

PREHOSPITAL TRAUMA CARE: LA CORRETTA GESTIONE DEL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Albo/Ordine/Collegio di..... N.
2. Di essere ☐ Convenzionato ☐ Dipendente ☐ Libero professionista ☐ Privo di occupazione
3. Di partecipare al presente corso su invito di sponsor o enti professionali: ☐ SI ☐ NO
e se è SI quali:
4. Di richiedere l'attestato ECM (previo superamento del Test di valutazione finale) ☐ SI ☐ NO

Ragione sociale	
Codice fiscale	
Partita IVA	
Indirizzo	

A completamento dell'iscrizione al corso ECM, si allega alla presente:

-Copia del bonifico bancario quale quota di iscrizione al corso in favore di **MEDIALI IMPRESA SOCIALE srl, BANCA PROSSIMA s.p.a. IBAN: n. IT23C0306909606100000146735** causale: **PTC-2022** più cognome e nome del partecipante

- ☐ € 150,00 per tutte le professioni sanitarie
☐ € 80,00 per il rinnovo del PTC

Il corso è rivolto a **15 partecipanti**, l'iscrizione è obbligatoria fino ad esaurimento dei posti disponibili e deve essere effettuata compilando la scheda di iscrizione entro e non oltre il **24/11/2022**;**L'iscrizione dà diritto** alla partecipazione dei lavori scientifici e all'attestato di partecipazione al corso ed in fine all'attestato con i crediti definitivi (previo superamento del test finale ECM)

Ai sensi del D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196 autorizzo la Mediali Impresa Sociale srl al trattamento dei miei dati personali

Data/...../.....

Firma del partecipante_____

Mediali Impresa Sociale S.r.l.P.I. 05610120825
R.E.A. 265700
sito web: www.mediali.it
rev. 01 del 07/07/2016**Sede legale:**via Castellana n. 110 90135 Palermo
Email: mediali@pec.it**Segreteria Organizzativa:**via Castellana 110 - 90135 - Palermo
tel 091 5089330
Email: ecm@mediali.it