

**La presa in carico interprofessionale del paziente
politraumatizzato:
dal caso clinico al progetto riabilitativo
Centro Congressi Loano 2 — 2 Dicembre 2010
Scheda di iscrizione**

Cognome: _____

Nome: _____

Nato a _____ **il** _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ **Città:** _____

Telefono: _____

Fax: _____

E mail: _____

- Qualifica:** Medico Chirurgo
 Fisioterapista
 Infermiere
 Logopedista

Dati per la fatturazione:

Ente di appartenenza: _____

Partita IVA _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ **Città:** _____

La richiesta di iscrizione con la ricevuta del versamento della quota può essere inviata:

- via fax 0196234943
- Posta elettronica:
centroformazione.pietra@asl2.liguria.it al
CENTRO FORMAZIONE e AGGIORNAMENTO
sede di Pietra Ligure —ASL2 Savonese.

Modalità di pagamento

Bonifico Bancario di 50€, su
IBAN IT11P0631010698000000003890
CARISA – Agenzia del Duomo,
causale: Versamento per accertamento
n° 1100 sub 45/2010 NOME COGNOME