

INFORMAZIONI GENERALI

Per Informazioni :

Commissione Scientifica Collegio Professionale TSRM

Seg. 347.0783385 fax : 045.8650652

Email : commscient.tsrmvr@alice.it , c.c.: verona@tsrm.org

tel. Responsabile evento : 329.4253236 (Paolo Giarolo)

NOTE RELATIVE ALL'EVENTO

- *L'evento formativo si svolgerà a numero chiuso con un massimo di 150 (centocinquanta) iscritti ;*
- *Quota di iscrizione : 20 € (TSRM Iscritti al Collegio di Verona) , 48 € (TSRM NON iscritti) da effettuarsi sul c.c. 10131284 intestato a : Collegio Tecnici Radiologia Medica Verona, Cod. IBAN : IT 04 I 05040 59360 0000-10131284 causale : Evento formativo “ Premio di Laurea TSRM “ ;*
- *L'iscrizione comprende il kit congressuale , break , pasto e attestato di partecipazione ;*
- *Le iscrizioni dovranno pervenire tramite fax: 045.8650652 , alla segreteria organizzativa entro il 21 Marzo 2010 (per le iscrizioni dopo tale data il costo sarà di 70 €) , utilizzando il modulo di iscrizione , allegando ricevuta di pagamento del bollettino postale .*
- *Saranno ammesse iscrizioni anche via email , all'indirizzo : commscient.tsrmvr@alice.it , c.c. verona@tsrm.org , con allegato il modulo di ricevuta di pagamento del bollettino postale ed il modulo di iscrizione .*
- *Agli ISCRITTI al Collegio Professionale di Verona verranno rilasciati gli attestati al termine dell'ASSEMBLEA PROVINCIALE .*

INFORMAZIONI GENERALI

Per Informazioni :

Commissione Scientifica Collegio Professionale TSRM

Seg. 347.0783385 fax : 045.8650652

Email : commscient.tsrmvr@alice.it , c.c.: verona@tsrm.org

tel. Responsabile evento : 329.4253236 (Paolo Giarolo)

NOTE RELATIVE ALL'EVENTO

- *L'evento formativo si svolgerà a numero chiuso con un massimo di 150 (centocinquanta) iscritti ;*
- *Quota di iscrizione : 20 € (TSRM Iscritti al Collegio di Verona) , 48 € (TSRM NON iscritti) da effettuarsi sul c.c. 10131284 intestato a : Collegio Tecnici Radiologia Medica Verona, Cod. IBAN : IT 04 I 05040 59360 0000-10131284 causale : Evento formativo “ Premio di Laurea TSRM “ ;*
- *L'iscrizione comprende il kit congressuale , break , pasto e attestato di partecipazione ;*
- *Le iscrizioni dovranno pervenire tramite fax: 045.8650652 , alla segreteria organizzativa entro il 21 Marzo 2010 (per le iscrizioni dopo tale data il costo sarà di 70 €) , utilizzando il modulo di iscrizione , allegando ricevuta di pagamento del bollettino postale .*
- *Saranno ammesse iscrizioni anche via email , all'indirizzo : commscient.tsrmvr@alice.it , c.c. verona@tsrm.org , con allegato il modulo di ricevuta di pagamento del bollettino postale ed il modulo di iscrizione .*
- *Agli ISCRITTI al Collegio Professionale di Verona verranno rilasciati gli attestati al termine dell'ASSEMBLEA PROVINCIALE .*

INFORMAZIONI GENERALI

Per Informazioni :

Commissione Scientifica Collegio Professionale TSRM

Seg. 347.0783385 fax : 045.8650652

Email : commscient.tsrmvr@alice.it , c.c.: verona@tsrm.org

tel. Responsabile evento : 329.4253236 (Paolo Giarolo)

NOTE RELATIVE ALL'EVENTO

- *L'evento formativo si svolgerà a numero chiuso con un massimo di 150 (centocinquanta) iscritti ;*
- *Quota di iscrizione : 20 € (TSRM Iscritti al Collegio di Verona) , 48 € (TSRM NON iscritti) da effettuarsi sul c.c. 10131284 intestato a : Collegio Tecnici Radiologia Medica Verona, Cod. IBAN : IT 04 I 05040 59360 0000-10131284 causale : Evento formativo “ Premio di Laurea TSRM “ ;*
- *L'iscrizione comprende il kit congressuale , break , pasto e attestato di partecipazione ;*
- *Le iscrizioni dovranno pervenire tramite fax: 045.8650652 , alla segreteria organizzativa entro il 21 Marzo 2010 (per le iscrizioni dopo tale data il costo sarà di 70 €) , utilizzando il modulo di iscrizione , allegando ricevuta di pagamento del bollettino postale .*
- *Saranno ammesse iscrizioni anche via email , all'indirizzo : commscient.tsrmvr@alice.it , c.c. verona@tsrm.org , con allegato il modulo di ricevuta di pagamento del bollettino postale ed il modulo di iscrizione .*
- *Agli ISCRITTI al Collegio Professionale di Verona verranno rilasciati gli attestati al termine dell'ASSEMBLEA PROVINCIALE .*

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome

Nome

Indirizzo Professionale:

Unità Operativa

Ospedale

Via

CAP

Città

tel. :

Fax :

Email :

Cod .

Fiscale

(obbligatorio per ECM)

Privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

N.B. : in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome

Nome

Indirizzo Professionale:

Unità Operativa

Ospedale

Via

CAP

Città

tel. :

Fax :

Email :

Cod .

Fiscale

(obbligatorio per ECM)

Privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

N.B. : in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome

Nome

Indirizzo Professionale:

Unità Operativa

Ospedale

Via

CAP

Città

tel. :

Fax :

Email :

Cod .

Fiscale

(obbligatorio per ECM)

Privacy

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 sulla privacy. I dati non saranno né diffusi, né comunicati a soggetti diversi da quelli che concorrono alla prestazione dei servizi richiesti.

N.B. : in assenza di tale autorizzazione non sarà possibile effettuare l'iscrizione all'evento.

Data