



**Scheda di iscrizione**

Da inviare tramite fax al numero 0183/652274  
o per email a [segreteria@omceoim.it](mailto:segreteria@omceoim.it)

**LE PATOLOGIE DI CONFINE ODONTOSTOMATOLOGICHE -  
OTORINOLARINGOIATRICHE**

**Aula Magna Asl 1 Imperiese – Bussana di Sanremo (IM)**

**9 APRILE 2016**

**Accreditato per Medici e Odontoiatri**

SI PREGA DI SCRIVERE CON PENNA NERA ED IN STAMPATELLO

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

**PROFESSIONE**

Medico

Odontoiatra

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Stato di nascita se estero: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**E-mail:** (IN STAMPATELLO) \_\_\_\_\_

Acconsento al trattamento dei dati indicati nella presente scheda, ai sensi della legge n. 196 del 2003.

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_