

SOCIETA' EUROPEA DI FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO
VESTIBOLOGIA CLINICA: DIAGNOSI E TERAPIA
24 MARZO 2012

Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax (081/8338733) o via mail a rori14@libero.it

Si prega di COMPILARE in stampatello

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente in via _____ N° _____

C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

tel. _____ cell. _____ fax _____

e-mail _____ C.F. _____

Ai fini del rilascio della fattura si prega di precisare

SE DIVERSO DAL PARTECIPANTE

Cognome _____

Nome _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente in via _____ N° _____

C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

tel. _____ cell. _____ fax _____

e-mail _____ C.F. _____

data _____ firma _____

- AUDIOLOGI**
- OTORINOLARINGOIATRA**
- FONIATRA**
- T. AUDIOMETRISTA**
- MEDICI DI MEDICINA GENERALE**
- FISIOTERAPISTI**

COME SIETE VENUTI A CONOSCENZA DEL CORSO _____