

CANNABIS TERAPEUTICA

Un approccio multidisciplinare

Sinergie tra Medicina convenzionale e Medicina complementare

Roma, 12-13 Maggio 2018

Sede SIFOP Via Vincenzo Lamaro, 21

MODULO DI ISCRIZIONE (compilare in stampatello)

Il Sottoscritto _____

Nato/a _____ (Prov.) _____ il ____/____/____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a _____ cap _____ prov. _____

Via _____ Numero _____

cell. _____ e-mail _____ @ _____

Professione _____ Disciplina/Specialità _____

Ente di appartenenza _____

Tipo di rapporto lavorativo :

Convenzionato

Dipendente

Libero professionista

CHIEDE

di essere iscritto al CONVEGNO in oggetto.

Dichiara di aver versato la quota di iscrizione pari a:

◆ € 90,00

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

firma _____

Il presente modulo va inviato a mezzo fax (06 23219168) o mail a sifop@sifop.it con eventuale copia del bonifico bancario intestato a SIFOP – ABI 01005 – CAB 03228 – CIN O – IBAN IT 640 01005 03228 00000011183)

