



ACROSS SARDINIA CONGRESSI

VIALE ITALIA 12 – 07100 SASSARI - P.I. 01790460909

TEL 079/2010120 - FAX 079/2010653

### III CORSO

## LE MALATTIE DA ACCUMULO LISOSOMIALE: RICONOSCERLE PER CURARLE - Sassari, 16/17 maggio Hotel Carlo Felice

L'iscrizione al Congresso deve essere effettuata mediante l'apposita scheda da restituire via fax alla Segreteria Organizzativa:

ACROSS SARDINIA CONGRESSI - Viale Italia 12 – 07100 Sassari - Tel. 079/2010120 - Fax 079/2010653

E-mail: [cri.across@tiscali.it](mailto:cri.across@tiscali.it)

### DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita: \_\_\_\_\_ Data di Nascita: \_\_\_\_\_

1. Indirizzo Privato: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

2. Indirizzo Lavoro: Ente di Appartenenza: \_\_\_\_\_ Reparto/U.O.: \_\_\_\_\_

Libero Professionista  Dipendente  Convenzionato

Via: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Tel/Cell: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### ISCRIZIONE

Il Congresso è stato accreditato con 11 crediti formativi per n. 75 medici delle seguenti discipline:  Medico Chirurgo

Disciplina:  Cardiologia  Dermatologia  Ematologia  Endocrinologia  Genetica Medica  Diabetologia  Pneumologia  Medicina Fisica e Riabilitazione  Medicina Interna  Nefrologia  Neonatologia  Neurologia  Neuropsichiatria Infantile  Pediatria  Psichiatria  Reumatologia  Chirurgia Pediatrica  Oftalmologia  Ortopedia  Otorinolaringoiatra  Anatomia Patologica  Anestesia e Rianimazione  Biochimica Clinica  Laboratorio di Genetica Medica  MMG

Per 6 Biologi, 4 Tecnici di Neurofisiopatologia, 15 Infermieri

Specializzando in \_\_\_\_\_

I crediti verranno assegnati con la partecipazione al 100% delle giornate, i crediti verranno certificati solo se il tempo di presenza risulterà effettivamente quello previsto per l'evento.

### L'iscrizione di € 35,00 comprende:

Partecipazione ai lavori scientifici • Kit congressuale • Coffee break • Colazione di lavoro del giorno 16 maggio • Crediti ECM  
• Attestato di partecipazione

L'iscrizione, obbligatoria, deve essere inviata tramite l'apposita scheda alla Segreteria Organizzativa entro il 30 aprile

### MODALITA' DI PAGAMENTO:

#### BONIFICO BANCARIO

Intestatario del Conto: ACROSS SARDINIA s.a.s.

IBAN: IT 97 E 02008 17208 000004772073

BANCA: Unicredit Banca - Agenzia di Via Sardegna Sassari

### **DATI PER LA FATTURAZIONE: (Da compilare obbligatoriamente)**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo Fiscale \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Luogo e Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Legge 196/2003 sulla Privacy

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 sulla Privacy

Luogo e Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

RISERVATO alla Segreteria Organizzativa ACROSS SARDINIA  
Scheda N° \_\_\_\_\_

Ricevuta il \_\_\_\_\_