

ALLEGATO "A"



"LA PROFONDITÀ DELLA MENTE NELLE DINAMICHE DI RELAZIONE IN AMBITO SANITARIO 2018"

Numero accreditamento evento ECM **216110**

Date: dal 22/02/2018 al 21/02/2019
ACCREDITATO PER TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE
(Servizio di Tutoraggio per i partecipanti al corso)
50 crediti ECM Sito: **WWW.ABILIASVILUPPO.IT**

SCHEDA DI RICHIESTA CODICI

(Compilare TUTTI I CAMPI in modo chiaro e leggibile)

Nome _____

Cognome _____

RESPONSABILE CISL FP di: _____

Sede: Via _____

CAP _____

Città _____

Prov. _____

Codice
fiscale: _____

Cellulare _____

Email _____

INSERIRE IL NUMERO DI CREDENZIALI RICHIESTE*:

<u>NUMERO CREDENZIALI RICHIESTE</u>	<u>PREZZO UNITARIO IN CONVENZIONE</u>
_____	5,00 euro

*Il quantitativo minimo è di _____ credenziali di accesso _____ ha !DDLh μoŮΨŮaŮŮΩ\$ Ω†ù†PŮaŮ†

Data ____/____/201____

Timbro – firma: _____

A ricevimento del bonifico e scheda di Richiesta Codici, compilata in ogni sua parte in modo leggibile, vi invieremo le credenziali per l'accesso al sito direttamente sulla mail indicata.

ISCRIZIONE:

Compilare tale scheda in tutte le sue parti e inviare bonifico intestato a ASSOCIAZIONE ABILIA SVILUPPO – Sede: VIA A. NOTA 7 – 10122 TORINO – **IBAN: IT54Q0569601001000002148X59** e copia della scheda di iscrizione al fax **011/4121730**, oppure via mail a **corsiecm@abiliasviluppo.it**.

Per informazioni o altro tel. 011/3113399.

Nel Bonifico specificare **"FAD 2368 CISL FP di _____: PROMOZIONE NATALIZIA"**.

Associazione Abilia Sviluppo

Accreditamento Regione Piemonte: Cod. anagrafico n° B 274 – 1; Cert. Formazione n° 967/001
Provider nazionale ECM n° 2057

Sede Legale Via Alberto Nota n° 7 - 10122 - Torino

Sede operativa Corso G. Salvemini n°57 – 10137 Torino Tel: 011-3113399 Fax: 011-4121730

E-mail: corsiecm@abiliasviluppo.it; Web: www.abiliasviluppo.it; PEC: amministrazione@pec.abiliasviluppo.it;

P.IVA 10388100017 - C.F. 97722600018 - REA di Torino n° 1129113