

XVI CONGRESSO NAZIONALE SICP - Società Italiana di Cure Palliative
Lecce, 27/30 ottobre 2009

FORM DI CONFERMA SCIENTIFICA VIDEO

da inviare per conferma a OSC Healthcare - fax 051/226855 - tel 051/224232
Il form deve essere compilato SOLO dall'Autore che presenterà il lavoro in sede congressuale. Per ogni abstract accettato si prega di compilare un form diverso



Inviare entro e non oltre il 31 agosto 2009



Per ottimizzare la comunicazione, La preghiamo di completare i Suoi dati anagrafici.
SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO. Grazie.

ATTENZIONE: SUL PROGRAMMA DEL CONGRESSO VERRA' RIPORTATO SOLO IL NOME DELL'AUTORE CHE PRESENTERA' IL LAVORO E CHE DOVRA' ESSERE ISCRITTO AL CONGRESSO.

EVENTUALI CO-AUTORI SARANNO RIPORTATI NEL CD DEGLI ABSTRACT, COME DA SEGNALATO NEGLI ABSTRACT PRECEDENTEMENTE INVIATI

COGNOME **NOME**

Recapito professionale della persona che presenterà il lavoro in sede congressuale

Ente / Osp.

Ruolo Reparto

Via CAP Città Prov.

Tel. Fax

e-mail: Cell.



Confermo la presentazione del/dei seguente/i lavoro/i:

(indicare il numero dell'abstract - vedere numero da elenco - e ora della presentazione)

Numero dell'abstract: Titolo:

.....

.....

Ora della presentazione: 30/10/09 alle ore

Già iscritto al Congresso Mi iscriverò entro il 31/08/09 Il lavoro non verrà presentato

Grazie, _____

Firma

Data

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n° 196 sulla privacy con riferimento all'"Informativa" inserita nel capitolo "Informazioni Generali" del Programma del Congresso.