

**PERIOPERATIVE ITALIAN SOCIETY - P.O.I.S.
ERAS Italian Chapter**

SCHEDA DI ADESIONE

1. Dati personali

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____

Tel. / Mobile _____ Fax _____

Indirizzo e-mail _____

2. Ospedale di Appartenenza

Nome _____

Indirizzo /Reparto _____

Tel. _____

Fax _____

3. Qualifica

Tipo _____

Specializzazione _____

Esperienze Professionali - Rapporti Societari _____

Sei socio delle seguenti Società Scientifiche: SINPE SITI Altro (specificare).....

4. RAPPORTI PERSONALI CON LA SOCIETA' POIS-ERAS

PARTECIPAZIONE A (specificare):

GRUPPI DI STUDIO	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NETWORK REGISTRO PER PATOLOGIA.....	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PARTECIPARE-ORGANIZZARE UN CORSO ERAS PRESSO LA TUA SEDE	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
IMPLEMENTARE UNA TASK-FORCE AZIENDALE	SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. n. 196/03 SI' NO

Data _____

Firma