CORSO DI ECO DOPPLER IN MEDICINA INTERNA
ED ECO DOPPLER VASCOLARE
Anno 2001

Il/La Sottoscritt.....

nat..... a ..... il.....

residente in via.....

CAP…….Città..... Provincia.....

tel..... fax ..... e-mail .....

Specializzazione in.....

Qualifica.....

In servizio presso.....

chiede di essere ammesso a frequentare il
Corso di Eco Doppler in Medicina Interna
del 20-21-22 settembre 2001

Firma _____

Chiede inoltre di partecipare al Corso Integrativo Pratico (circolettare):
sì no

Firma _____

Spedire a OSC Bologna, Via S. Stefano 6, Tel. 051-224232, Fax 051-226855, oppure inviare richiesta via e-mail (*info@oscbologna.com*), indicando i dati sopra riportati.