

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

ISCRIZIONI

La partecipazione è riservata agli operatori della Regione Veneto.

La scheda d'iscrizione, compilata in ogni sua parte, deve essere inviata via fax al numero **041/9656573** oppure via e-mail all'indirizzo **iscrizioni@eidonweb.it**.

CONFERMA ISCRIZIONE

L'iscrizione al convegno si riterrà valida se la scheda sarà compilata in tutte le sue parti e firmata dal proprio responsabile.

SEDE DEL CONVEGNO

Auditorium Ospedale dell'Angelo
Padiglione G. Rama
Via Paccagnella, 11
30174 Zelarino - Venezia

COME RAGGIUNGERE LA SEDE

In treno

Fermata Venezia Mestre Ospedale lungo la direttrice
Treviso - Venezia.

Dalla stazione di Venezia Mestre prendere la linea H1
o H2 con destinazione "Ospedale dell'Angelo".

In auto

Dalla tangenziale di Venezia Mestre imboccare
l'Uscita "Via Castellana" e seguire le indicazioni per
"Ospedale dell'Angelo". Il "Padiglione Giovanni
Rama" è il primo edificio del complesso ospedaliero.
Il padiglione è provvisto di parcheggio sotterraneo a
pagamento e di parcheggio libero a breve distanza
(area Auchan)

SCHEDA DI ISCRIZIONE

LA RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE. IL DECRETO LEGISLATIVO N. 187 DEL 26 MAGGIO 2000: DIECI ANNI DI ESPERIENZE

Venerdì 29 gennaio 2010
Auditorium Ospedale dell'Angelo,
Venezia - Zelarino

La partecipazione è gratuita con iscrizione obbligatoria, limitata ai primi 350 iscritti. Per essere ammessi è necessario utilizzare esclusivamente la modulistica inviata ai Direttori Generali.

DATI PERSONALI *(da compilare obbligatoriamente in ogni sua parte)*

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Indirizzo.....

Cap..... Città..... Prov.....

Tel.....

Fax.....

E-mail

Azienda.....

Professione

Disciplina

U.O.

Prov. in cui opera prevalentemente

e se previsto
Ordine/Collegio/Ass. Profes

Prov./Regione

Profilo lavorativo attuale:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dipendente | <input type="checkbox"/> Libero professionista |
| <input type="checkbox"/> Convenzionato | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |

Con la presente autorizzo al trattamento dei miei dati anagrafici ai sensi del D. Lgs. 196/03.

Firma..... Data.....

Firma del Responsabile per accettazione

.....