



...make the difference... Health is Life © 2000-2008 N.O.E.™  
 Nurses of Emergency™ - Associazione Scientifica Italiana Infermieri di Emergenza  
 International Emergency Nurses and Physicians Continuing Education & Research Centre™  
 Fax segreteria ++39 031 607105 – infocall h24 ++39 348 3245441  
 e-mail: [miangill@tin.it](mailto:miangill@tin.it)

Sito Web: [www.nursesofemergency.net](http://www.nursesofemergency.net)

## Scheda di PRENOTAZIONE/ISCRIZIONE AI CORSI di Nurses Of Emergency™

**DATI PERSONALI (scrivere in stampatello) – (i campi contrassegnati con asterisco \* sono OBBLIGATORI)**

Cognome *		Nome *	
_____		_____	
Indirizzo *		data, luogo nascita:	
_____		_____	
Città *	C.A.P.*	Prov.*	
_____	_____	_____	
Tel. _____ fax _____	Cell. _____ @ mail _____		
CODICE FISCALE*:	Qualifica:*	disciplina (se MD)	
_____	_____	_____	
Ente	Indirizzo		
_____	_____		
Città, cap e Prov.	Tel. e fax _____ / _____		
_____	_____		
REGIONE:*	Firma*		
_____	_____		

NUOVO SOCIO	<input type="checkbox"/>	Anno:	CORSO SCELTO:
		2009 <input type="checkbox"/>	BLS-D <input type="checkbox"/> - ACCNLS <input type="checkbox"/> - GEINC <input type="checkbox"/> - P.E.M. <input type="checkbox"/> - TRIAGE <input type="checkbox"/> ARITMOLOGIA BASE <input type="checkbox"/>
		2010 <input type="checkbox"/>	ARITMOLOGIA AVANZATA <input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> - PACCNLS <input type="checkbox"/> - altro (titolo):
RINNOVO	<input type="checkbox"/>	2011 <input type="checkbox"/>	_____

**Verso € \_\_\_\_\_**

Come contributo per la partecipazione all'evento formativo indicato (comprensivo del contributo iscrizione annuale N.O.E.™, se non socio)  
 presso la Banca Monte Paschi di Siena Agenzia di Mariano Comense (Co)  
 sul c/c 13613.92 CAB 51500 ABI 1030 codice CIN "J"  
 CODICE IBAN IT82J0103051500000001361392  
 INTESTATO A: N.O.E. - Nurses of Emergency – Michele Angilletta

**Indicare causale: titolo e data dell'evento formativo**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ *data del corso* \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui al DECRETO LEGISLATIVO 30 giugno 2003 n. 196, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali al fine di consentire la formalizzazione dei reciproci rapporti nell'ambito della gestione di comunicazioni informative, organizzative e scientifiche. Dichiaro inoltre di avere preso visione del regolamento del Centro di Formazione Continua N.O.E. e ne accetto le condizioni.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_