



Modulo di adesione

CORSO COORDINATORE DI RICERCA CLINICA II edizione

FIRENZE, 29 Settembre 2017

SOCIO GIDM

SOCIO GOIRC

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Tel _____ e-mail _____

Ente di Appartenenza _____

Città _____ Prov. _____

Firma _____

Si prega di inviare il presente modulo via e-mail all'indirizzo formazione@gidm.org entro il 25 Settembre p.v.