



MODULO DI PRE-ISCRIZIONE AL CORSO ACLS

Il/La sottoscritto/a _____

Via _____ Città _____ Provincia _____

Tel _____ e-mail _____

Medico Medico Specialista in _____

Medico Specializzando in _____

Infermiere Professionale

Personale impegnato nei servizi di emergenza

Studente del 5° e 6° anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia;

Studenti ultimo anno Professioni Sanitarie, Infermieristiche e Professione sanitaria Ostetrica.

Altro _____

chiede di essere iscritto al corso di formazione “ACLS AHA” organizzato da Skill-Lab Formazione e Ricerca che si svolgerà a Messina nelle seguente data:

SABATO 13 E DOMENICA 14 OTTOBRE 2018

SABATO 10 E DOMENICA 11 NOVEMBRE 2018

SABATO 15 E DOMENICA 16 DICEMBRE 2018

Chiedo la presente modalità di pagamento:

Tariffa intera: costo del corso è di € 350,00 (+ iva);

Tariffa ridotta: Per studenti, neo-laureati, specializzandi, dottorandi, infermieri professionali, personale dipendente dell’Azienda Policlinico G. Martino e dell’Università di Messina è prevista la tariffa agevolata di € 300,00;

Pagamento in unica soluzione;

Chiedo di iscrivermi versando un acconto di € 100 (con contestuale consegna del manuale ACLS al corsista) e saldo prima dell’inizio del corso.

Data _____

Firma _____

Inviare il modulo compilato a: vincenzo.fodale@gmail.com

In caso di disponibilità di posti, verrà confermata l’iscrizione e indicate le modalità di consegna del materiale didattico.