

CLEO
CLUB EPATOLOGI OSPEDALIERI
Associazione culturale
MODULO DI ADESIONE

Nome *..... Cognome *.....

Indirizzo *..... cap*.....

Città *..... ospedale*

Specializzazione

Telefono: casaufficio cellulare

Fax E-mail

*dati obbligatori

QUESTIONARIO:

segnalare i campi che più attirano il vostro interesse:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> epatite B | <input type="checkbox"/> epatite C | <input type="checkbox"/> epatiti autoimmuni |
| <input type="checkbox"/> ipertensione portale | <input type="checkbox"/> steatosi e sindrome metabolica | <input type="checkbox"/> diagnostica virologica |
| <input type="checkbox"/> epatocarcinoma e carcinogenesi | <input type="checkbox"/> HCV e malattie extraepatiche | <input type="checkbox"/> alcool e fegato |
| <input type="checkbox"/> fegato e farmaci | <input type="checkbox"/> colestasi | <input type="checkbox"/> cirrosi biliare |
| <input type="checkbox"/> tesaurismi e dismetabolismi | <input type="checkbox"/> emocromatosi | <input type="checkbox"/> patologia biliare |
| <input type="checkbox"/> diagnostica x immagini | <input type="checkbox"/> radiologia interventistica | <input type="checkbox"/> endoscopia |
| <input type="checkbox"/> chirurgia | <input type="checkbox"/> trapianti | <input type="checkbox"/> altro |

Ai sensi della legge 675/90 il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati forniti, che verranno utilizzati solo per i fini statuari dell'Associazione.

Data

firma.....

Inviare via fax al n. 06-86325081