

ASSOCIAZIONE MEDICI ITALIANI GRUPPI BALINT - AMIGB

Modulo informativo sul partecipante all'evento del 14/10/2023

Dati anagrafici:

Nome Cognome

Età:

Professione:

Anni di esercizio professione:

Ente per il quale esercita la professione:

Luogo attuale dell'esercizio professionale:

Numero di telefono :.....

E-mail :