

# 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 : .....