

Medicina Narrativa

Modulo di Adesione

<http://www.cnmr.iss.it>

NOME: _____

COGNOME: _____

NOME DELL' ASSOCIAZIONE / ENTE / UNIVERSITA', etc. _____

INDIRIZZO

(Via, Cap, Città) _____

E-MAIL (della persona che sottoscrive il modulo) _____

TEL (fisso ed eventuale cellulare) _____

DATA

FIRMA

Per favore, compilare in ogni voce ed inviare via mail a taruscio@iss.it

o tramite Fax al numero 06-49904370