



INCONTRO MEDICI-PAZIENTI

Firenze, 15 giugno 2024

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

ATTENZIONE: compilare una domanda per ogni partecipante

Io sottoscritto/a Cognome Nome

Paziente Familiare/amico/a

Città di residenza Prov.

Telefono E-mail.

**chiedo di partecipare all'incontro medici-pazienti
del 15 giugno 2024 a Firenze**

Parteciperò al pranzo presso il bar di Villa Bracci SI NO

Parteciperò all'assemblea dei soci SI NO

Parteciperò alla cena in pizzeria SI NO

Data Firma