

**IV Corso residenziale di Ecografia muscolo scheletrica
Pisa, 24-28 maggio 2010**

Cognome: _____

Nome: _____

Codice fiscale: _____

Università/Ospedale di: _____

Direttore: _____

Specializzato in: _____

Tel. Fisso: _____

Tel. Mobile: _____

Ind. E-mail: _____

Indirizzo di residenza: _____

CAP: _____

Città e prov. _____