NOVARTIS

INSCHRIJFFORMULIER

Geaccrediteerde nascholing Academie meets Periferie
voor longartsen, longartsen in opleiding en verpleegkundig specialisten
Dinsdag 2 oktober 2018 Amsterdam

Ziekenhuis: _____

Titel(s)/voorletters/naam: _____ M/V

Functie: _____

Adres: _____

Postcode/ woonplaats: _____

Emailadres*: _____

Registratie-/BIG-nummer: _____

Evt. dieetvoorschriften: _____

☐ Ja, ik neem deel aan bovengenoemde nascholing.

☐ Nee, ik ben helaas verhinderd.

☐ Ik wens graag via e-mail op de hoogte gehouden te worden van het nascholingen aanbod van Novartis *

**Ik geef Novartis Pharma BV toestemming om mijn gegevens vast te leggen en te gebruiken in het kader van onze professionele samenwerking en voor de verbetering van de dienstverlening en informatievoorziening. Dit betreft o.a. medische-, wetenschappelijke publicaties, presentaties, video's, nascholingen en productinformatie.*
Ik kan deze toestemming te allen tijde geheel of gedeeltelijk herroepen via email, telefoon en/of brief.

Dit formulier graag per omgaande retourneren aan:
Novartis Pharma B.V.
T.a.v. Judy Willems
Antwoordnummer 247
6800 VC ARNHEM

OF - Per email: judy.willems-poppe@novartis.com