



**MEDICINA  
E DIRITTO**



## LA NUOVA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE IN SANITA'

prospettive e criticita' della Legge Gelli - Bianco

**Giovedì 30 Marzo 2017**

Aula Magna - Università degli Studi di Milano - Via Festa del Perdono, 7

L'evento riconoscerà:

### SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

da compilare e inviare via fax allo **02.93.66.48.18**

In attesa di  
accreditamento per  
**AVVOCATI**

In attesa di  
accreditamento per  
**PROFESSIONI SANITARIE**

In attesa di  
accreditamento  
per **INTERMEDIARI**

Dott.  Avv.  Prof.  SIG./SIG.RA

Cognome

Nome

Luogo di nascita

Prov.

Data di nascita | | / | | / | | | |

Cellulare

Email

Indirizzo

Cap.

Città

Prov.

Tel.

Fax

Cod. Fisc. | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ragione Sociale Azienda / Ente

Indirizzo

Cap.

Città

Prov.

Tel.

Fax

Cod. Fisc. / Partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Recapiti corrispondenza preferiti  Personali  Azienda / Ente

### Sezione dedicata ai **PROFESSIONISTI SANITARI**

RICHIEDO CREDITI ECM PER **PROFESSIONISTI SANITARI**

Specializzazione

Ordine di

Numero

in data | | / | | / | | | |

### Sezione dedicata agli **AVVOCATI**

RICHIEDO CREDITI PER **AVVOCATI**

Albo di

Numero

in data | | / | | / | | | |

### Sezione dedicata agli **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

RICHIEDO ORE FORMATIVE PER **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

Numero di iscrizione al RUI Sez.

Nr.

in data | | / | | / | | | |

### Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione

Il sottoscritto, conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali per consentire la regolarizzazione dei reciproci rapporti e per la gestione di comunicazioni a carattere informativo, organizzativo e scientifico.

### DATI FATTURAZIONE Personali Azienda / Ente Altro (compilare campi sottostanti)

Ragione Sociale

Indirizzo

Cap.

Città

Prov.

Cod. Fisc. | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | |

Partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### ISCRIZIONE AL CONVEGNO

- € **146,40** (iva inclusa) **Medici** soci SIMLA, FAMLII, AMLA e RESPONSABILITASANITARIA.it
- € **244,00** (iva inclusa) **Medici NON** iscritti a SIMLA, FAMLII, AMLA e RESPONSABILITASANITARIA.it
- € **200,00** (esente iva) **Avvocati**, previa iscrizione all'Associazione SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI 2017
- € **200,00** (esente iva) **Intermediari assicurativi** soci dell'Associazione INSURANCE ACADEMY

### MODALITA' DI PAGAMENTO

- Bonifico Bancario** (IBAN: IT 27 K 05728 0160 0023571 198667 intestato a RESPONSABILITASANITARIA.IT)
- Bonifico Bancario** (IBAN: IT 98 P 05728 0160 0023571 142459 intestato a INSURANCE ACADEMY)
- Bonifico Bancario** (IBAN: IT 93 A 05728 0160 0023571 143797 intestato a SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI)

Data

Firma