



## LA NUOVA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE IN SANITA'

Prospettive e criticità della Legge Gelli – Bianco

**Giovedì 30 Marzo 2017**

Aula Magna – Università degli studi di Milano – Via festa del Perdono, 7

### SCHEDE DI ISCRIZIONE CONVEGNO

da compilare e inviare via fax allo 02.93.66.48.18

5,6 CREDITI ECM  
EVENTO 188346 ED.1  
PER  
PROFESSIONISTI  
SANITARI

IN ATTESA DI  
ACCREDITAMENTO  
PER AVVOCATI

6 ORE  
FORMAZIONE PER  
INTERMEDIARI  
ASSICURATIVI

Dott.  Avv.  Prof.

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/la sottoscritto/a, 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 ai sensi del D.Lgs 196/2003.

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

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. | | | - | | | - | | | - | | | - | | | Partita IVA | | | | | | | | | | | | | | | |

### ISCRIZIONE AL CONVEGNO

- € 146,00 (iva inclusa) **Professionisti Sanitari** soci SIMLA,FAMLI,AML A e RESPONSABILITASANITARIA.it
- € 244,00 (iva inclusa) **Professionisti Sanitari NON** iscritti a SIMLA,FAMLI,AML A 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 93 A 05728 0160 0023571 143797 intestato a SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI)
- Bonifico Bancario** (IBAN: IT 98 P 05728 0160 0023571 142459 intestato a INSURANCE ACADEMY)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_