



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

4
CREDITI
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, FAMLIA, AMLA e RESPONSABILITASANITARIA.it
- € 244,00 (iva inclusa) **Professionisti Sanitari NON** iscritti a SIMLA, FAMLIA, 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 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 _____