

CORSO DI ALTA FORMAZIONE SPECIALISTICA IN RESPONSABILITÀ SANITARIA

per Professionisti che operano nei settori della Sanità

Mercoledì 5 Luglio 2017

L'evento riconoscerà

6 ore formative
per **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

SCHEMA DI ISCRIZIONE CORSO da compilare e inviare via fax allo **02.87.15.23.04**

☐ 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			
Specializzazione			
Ordine di		Numero	in data / /
Sezione dedicata agli AVVOCATI			
Albo di		Numero	in data / /
Sezione dedicata agli INTERMEDIARI ASSICURATIVI			
Iscrizione al RUI Sez.		Nr.	in data / /
Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI			
Professione			
DATI FATTURAZIONE			
Dati da utilizzare per la fatturazione		☐ Personali	☐ Azienda / Ente ☐ Altro (compilare campi sottostanti)
Ragione Sociale		Cod. Fisc. / Partita IVA	
Indirizzo		Cap.	Città Prov.

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.

Data

Firma