

CORSO DI ALTA FORMAZIONE SPECIALISTICA IN RESPONSABILITÀ SANITARIA

per Professionisti che operano nei settori della Sanità

Mercoledì 12 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 / /	
☐ RICHIEDO ORE FORMATIVE PER INTERMEDIARI ASSICURATIVI			
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