

## CORSO DI ALTA FORMAZIONE SPECIALISTICA IN RESPONSABILITÀ SANITARIA

per Professionisti che operano nei settori della Sanità

**Mercoledì 13 Settembre 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**

<input type="checkbox"/> Dott. <input type="checkbox"/> Avv. <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Personali	<input type="checkbox"/> Azienda / Ente	
<b>Sezione dedicata ai PROFESSIONISTI SANITARI</b>				
Specializzazione				
Ordine di		Numero	in data     /    /	
<b>Sezione dedicata agli AVVOCATI</b>				
Albo di		Numero	in data     /    /	
<b>Sezione dedicata agli INTERMEDIARI ASSICURATIVI</b>				
Iscrizione al RUI Sez.		Nr.	in data     /    /	
<b>Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI</b>				
Professione				
<b>DATI FATTURAZIONE</b>				
Dati da utilizzare per la fatturazione		<input type="checkbox"/> Personali	<input type="checkbox"/> Azienda / Ente	<input type="checkbox"/> 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