CORSO DI ALTA FORMAZIONE SPECIALISTICA IN RESPONSABILITÀ SANITARIA

per Professionisti che operano nei settori della Sanità

Mercoledì 18 Ottobre 2017

L'evento riconoscerà

6 ore formative per INTERMEDIARI ASSICURATIVI

SCHEDA 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

☐ RICHIEDO ORE FORMATIVE PER **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