



## CORSO DI ALTA FORMAZIONE SPECIALISTICA IN RESPONSABILITÀ SANITARIA

per Professionisti che operano nei settori della Sanità

Mercoledì 22 Novembre 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**

<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"/> Personal	<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"/> Personal	<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