

# LA MORTE SFIDA IL DIRITTO

**Accadimenti e ripercussioni dell'evento morte in ambito etico, medico-legale e giuridico**

**Venerdì 23 Novembre 2017, ore 8.30**

Aula Magna - Università degli Studi di Milano - Via Festa del Perdono, 7

L'evento riconoscerà

## SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

da compilare e inviare via fax allo **02.93.66.48.18**

In attesa di accreditamento  
per Medici

In attesa di accreditamento  
per Avvocati

In attesa di ore formative  
per Intermediari Assicurativi

|  |         |             |  |       |
|--|---------|-------------|--|-------|
| <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   |         |             |  |       |
| Sezione dedicata ai <b>MEDICI</b>  |         |             | <input type="checkbox"/> RICHIEDO CREDITI ECM PER <b>MEDICI</b>                      |       |
| Specializzazione   |         |             |  |       |
| Ordine di  |         | Numero      | in data     /     /  |       |
| Sezione dedicata agli <b>AVVOCATI</b>  |         |             | <input type="checkbox"/> RICHIEDO CREDITI PER <b>AVVOCATI</b>                        |       |
| Albo di  |         | Numero      | in data     /     /  |       |
| Sezione dedicata agli <b>INTERMEDIARI ASSICURATIVI</b>   |         |             | <input type="checkbox"/> RICHIEDO ORE FORMATIVE PER <b>INTERMEDIARI ASSICURATIVI</b> |       |
| Numero di iscrizione al RUI Sez.   |         | Nr.         | in data     /     /  |       |
| <b>DATI FATTURAZIONE</b> <input type="checkbox"/> Personali <input type="checkbox"/> Azienda / Ente <input type="checkbox"/> Altro (compilare campi sotto) |         |             |  |       |
| Ragione Sociale  |         |             |  |       |
| Indirizzo  |         | Cap.        | Città  | Prov. |
| Cod. Fisc.       -       -       -   |         | Partita IVA |  |       |

### ISCRIZIONE AL CONVEGNO

- ☐ **€ 146,00** (iva inclusa) **Professionisti Sanitari** soci SIMLA, FAMLI, AMLA e RESPONSABILITASANITIA.it
- ☐ **€ 244,00** (iva inclusa) **Professionisti Sanitari NON** iscritti a SIMLA, FAMLI, AMLA e RESPONSABILITASANITIA.it
- ☐ **€ 200,00** (esente iva) **Avvocati**, Previa iscrizione all'Associazione SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI 2017
- ☐ **€ 200,00** (esente iva) **Intermediari assicurativi** soci dell'Associazione INSURANCE ACADEMY

### MODALITA' DI PAGAMENTO

- ☐ **Bonifico Bancario** (IBAN: IT 27 K 05728 0160 0023571198667 intestato a RESPONSABILITASANITIA.it)
- ☐ **Bonifico Bancario** (IBAN: IT 93 A 05728 0160 0023571143797 intestato a SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI)
- ☐ **Bonifico Bancario** (IBAN: IT 98 P 05728 0160 0023571142459 intestato a INSURANCE ACADEMY)

Data

Firma

Segreteria Organizzativa  
**Gruppo Ricerche e Studi Medicina e Diritto**  
 20123 Milano - Via San Vincenzo 3  
**Tel. 02.87.15.74.57** - Fax 02.93.66.48.18  
**www.medicinaediritto.it** - **info@medicinaediritto.it**  
 Iban: IT 47 L 05584 01672 000000003535  
 Codice Fiscale 97078260151- Partita IVA 10018700152