RESPONSABILITASANITARIA.it

14° FOCUS SEMESTRALE

SULL'AZIONE GIUDIZIARIA NELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE SANITARIA

NOVITA' E ORIENTAMENTI A SEI MESI DALLA LEGGE GELLI

Venerdì 11 ottobre 2017, ore 8.30

Aula Magna - Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Università degli Studi, Via Luigi Mangiagalli 37

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

da compilare e inviare via fax allo **02. 87.15.23.04**
o e-mail info@responsabilitasanitaria.it

in attesa di accreditamento per AVVOCATI

6 ore formative per INTERMEDIARI ASSICURATIVI

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 agli **AVVOCATI**

☐ RICHIEDO CREDITI PER **AVVOCATI**

Albo di Numero in data | | |/| | |/| | | | |

Sezione dedicata agli **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

☐ RICHIEDO ORE FORMATIVE PER **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

Numero di 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

Indirizzo Cap. Città Prov.

Cod. Fisc. / Partita IVA | | | | | | | | | | | |

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.

ISCRIZIONE AL CONVEGNO

☐ **€ 200,00** (esente iva) **Avvocati**, Previa iscrizione all'Associazione SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI 2017
☐ **€ 200,00** (esente iva) **Intermediari assicurativi** soci dell'Associazione INSURANCE ACADEMY
☐ **€ 200,00** (esente iva) **Medici** soci dell'Associazione RESPONSABILITA' SANITARIA

MODALITA' DI PAGAMENTO

☐ **Bonifico Bancario** (IBAN: IT 75 T 03111 01618 000000000371 intestato a RESPONSABILITASANITARIA.it)
☐ **Bonifico Bancario** (IBAN: IT 56 Z 03111 01618 000000000369 intestato a SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI)
☐ **Bonifico Bancario** (IBAN: IT 98 P 05728 0160 0023571142459 intestato a INSURANCE ACADEMY)

Data Firma

RESPONSABILITASANITARIA.it
20123 Milano, Via San Vincenzo 3
Tel. 02.87.15.84.13 - Fax 02.87.15.23.04
info@responsabilitasanitaria.it
www.responsabilitasanitaria.it

sede legale
20145 Milano, Via Mario Pagano 63
Codice Fiscale 97574810152 - Partita Iva 08316130965
Codice IBAN IT 27 K 05728 01600 023571198667