



Venerdì 22 Settembre 2017 ore 8.30

Aula Magna Istituto Medicina Legale

Università degli Studi, Via Luigi Mangiagalli 37

## XI WORKSHOP SEMESTRALE PER IL MONDO ASSICURATIVO ASSICURIAMOCI UNA SANITA' SICURA

### SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO

da compilare e inviare via fax allo **02. 87.15.23.04** o e-mail: [info@responsabilitasanitaria.it](mailto:info@responsabilitasanitaria.it)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita | | | / | | | / | | | |

Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

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 **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**  RICHIEDO ORE FORMATIVE PER **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

Iscritto alla Sez.  **A**  **B**  **E** del RUI N. \_\_\_\_\_ In data | | | / | | | / | | | |

Intermediari per cui opera: (*riservato agli intermediari iscritti in sezione **E** del RUI*)

Rag. Soc. \_\_\_\_\_ Iscritto alla Sez.  **A**  **B** del RUI N. \_\_\_\_\_

Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione \_\_\_\_\_

#### DATI FATTURAZIONE

Dati da utilizzare per la fatturazione  Personali  Azienda / Ente  Altro (compilare campi sottostanti)

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

€ 120,00 (iva inclusa) **Ordinaria**

€ 100,00 (iva inclusa) **Riservata agli iscritti AIBA, ACB, SNA e AMLA**

€ 80,00 (iva inclusa) **Riservata ai Soci di Responsabilitasanitaria.it**

Sono riservate condizioni agevolate per adesioni collettive

#### MODALITA' DI PAGAMENTO

**Bonifico Bancario** (IBAN: IT 75 T 031 11 01618 000000000371 intestato a [RESPONSABILITASANIATIA.it](mailto:RESPONSABILITASANIATIA.it))

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_