



**14° FOCUS SEMESTRALE SULL'AZIONE GIUDIZIARIA
NELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE SANITARIA**
NOVITA' E ORIENTAMENTI A SEI MESI DALLA LEGGE GELLI

Mercoledì 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**

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 ai **PROFESSIONISTI SANITARI**

Specializzazione _____

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 (+ 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 _____