



Con il contributo di



## Patrocini richiesti



# LA RESPONSABILITÀ SANITARIA ALLA LUCE DELLA LEGGE GELLI DEI DECRETI ATTUATIVI E DEL DDL CONCORRENZA

**Venerdì 6 ottobre 2017 - Ore 14.00**

**Teatro Giuditta Pasta - Via I° Maggio, 5 - 20147 Saronno (VA)**

## SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

da compilare e inviare via fax allo 02.93.66.48.18



Dott.  Avv.  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  Personali  Azienda / Ente

**Sezione dedicata ai PROFESSIONISTI SANITARI**  RICHIEDO CREDITI ECM PER **PROFESSIONISTI SANITARI**

Specializzazione \_\_\_\_\_

Ordine di \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ in data | | / | | / | | | |

**Sezione dedicata agli AVVOCATI**  RICHIEDO CREDITI PER **AVVOCATI**

Albo di \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ in data | | / | | / | | | |

**Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, 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 ai sensi del D.Lgs 196/2003.

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

**Per iscrizioni [www.convegni.info/saronno](http://www.convegni.info/saronno)**