

LA MORTE SFIDA IL DIRITTO

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

Giovedì 23 Novembre 2017, ore 8.30

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

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

6 ore formative
per **AVVOCATI**

8 crediti ECM
per professionisti
sanitari

6 ore formative
per intermediari
assicurativi

Cognome		Nome	
Luogo di nascita		Prov.	Data di nascita / /
Cellulare		Email	
Indirizzo		Cap.	Città
Tel.		Fax	
Cod. Fisc. - - - -		Partita IVA	
Ragione Sociale Azienda / Ente			
Indirizzo		Cap.	Città
Tel.		Fax	
Cod. Fisc. / Partita IVA			
Recapiti corrispondenza preferiti		<input type="checkbox"/> Personali	<input type="checkbox"/> Azienda / Ente
Sezione dedicata ai PROFESSIONISTI SANITARI		<input type="checkbox"/> RICHIEDO CREDITI ECM PER PROFESSIONISTI SANITARI	
Specializzazione			
Ordine di	Numero	In data / /	
Sezione dedicata agli AVVOCATI		<input type="checkbox"/> RICHIEDO CREDITI PER AVVOCATI	
Albo di	Numero	In data / /	
Sezione dedicata agli INTERMEDIARI ASSICURATIVI		<input type="checkbox"/> RICHIEDO ORE FORMATIVE PER INTERMEDIARI ASSICURATIVI	
Iscritto alla Sez. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E del RUI N.		In data / /	
Intermediari per cui opera: <i>(riservato agli intermediari iscritti in sezione E del RUI)</i>			
Rag. Soc.		Iscritto alla Sez. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B del RUI N.	
Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI			
Professione			
DATI FATTURAZIONE			
Dati da utilizzare per la fatturazione		<input type="checkbox"/> Personali	<input type="checkbox"/> Azienda / Ente
<input type="checkbox"/> Altro (compilare campi sottostanti)			
Ragione Sociale			
Indirizzo		Cap.	Città
Tel.		Fax	
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

- € 146,00 (iva inclusa) **Professionisti Sanitari** soci SIMLA, FAMILI, AMLA e RESPONSABILITASANITIA.IT
- € 244,00 (iva inclusa) **Professionisti Sanitari** NON iscritti a SIMLA, FAMILI, AMLA e RESPONSABILITASANITIA.IT
- € 61,00 (iva inclusa) **Professionisti Sanitari Specializzandi** (MEDICINA E DIRITTO)
- € 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 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)
- Bonifico Bancario** (IBAN: IT 47 L 05584 01672 000000003535 intestato a MEDICINA E DIRITTO)

Data

Firma