



12° Workshop semestrale per il mondo Assicurativo

ASSICURIAMOCI UNA SANITA' SICURA

Un anno dopo la Legge Gelli

Venerdì 2 marzo 2018 ore 8.30

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

Iscrizione on-line: www.responsabilitasanitaria.it

6 ore formative per
INTERMEDIARI ASSICURATIVI

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**

Iscrizione al RUI Sez. _____ Nr. _____ in data | | | / | | / | | | |

Intermediari per cui opera e da cui viene iscritto al presente corso di formazione: (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**
- OSPITE DI** (indicare l'Azienda) _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

- BONIFICO BANCARIO** (IBAN: IT 75 T 03111 01618 000000000371 intestato a RESPONSABILITASANITARIA.it)
- CARTA DI CREDITO** sul sito www.responsabilitasanitaria.it tramite iscrizione online

Data _____ Firma _____