

ALTA FORMAZIONE SPECIALISTICA 2018

**ASSICURARE LA SANITÀ
SI PUÒ E SI DEVE FARE**

I Mercoledì
DELLA RESPONSABILITÀ SANITARIA

ALTA FORMAZIONE SPECIALISTICA 2018

ASSICURARE LA SANITÀ SI PUÒ E SI DEVE FARE

Cod 01/M Il primo mercoledì di ogni mese

02/05/2018

6/06/2018

4/07/2018

Le convenzioni per Ordini, Associazioni, Cral e Aziende Sanitarie
L'utilizzo delle piattaforme di preventivazione ed emissione
Come pianificare l'attività commerciale nelle aziende sanitarie
L'approccio al Medico libero professionista

Cod 02/M Il secondo mercoledì di ogni mese

09/05/2018

13/06/2018

11/07/2018

Le specializzazioni mediche per gli assicuratori
Assicurare i Medici Liberi Professionisti
Assicurare i Medici Dipendenti Pubblici e Privati
Cosa chiede il Medico all'Assicuratore
Come assicurare un Medico

Cod 03/M Il terzo mercoledì di ogni mese

16/05/2018

20/06/2018

18/07/2018

Le strutture sanitarie tra obblighi assicurativi e altre analoghe misure
La presentazione del rischio agli assicuratori
Le richieste agli assicuratori

Cod 04/M Il quarto mercoledì di ogni mese

23/05/2018

27/06/2018

25/07/2018

Le Sperimentazioni cliniche e le coperture assicurative

Con il contributo di:

ALTA FORMAZIONE SPECIALISTICA 2018
ASSICURARE LA SANITÀ SI PUÒ E SI DEVE FARE
POLI centro Milano - Via Giason del Maino 14
Corsi di Formazione - 4 ore di Formazione per Intermediari Assicurativi

SCHEDE DI ISCRIZIONE da compilare e inviare via fax allo **02.87.15.23.04**
o via e-mail info@insuranceacademy.it per iscrizioni online www.insuranceacademy.it
Per informazioni 02.87.15.84.13 – 392.89.54.317

DATA DEL CORSO A CUI CI SI ISCRIVE MERCOLEDÌ | ___ | ___ | 2018

Titolo <input type="checkbox"/> PROF. <input type="checkbox"/> AVV. <input type="checkbox"/> DOTT. <input type="checkbox"/> SIG./SIG.RA			
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		<input type="checkbox"/> Personali	<input type="checkbox"/> Azienda/Ente
Iscritto alla Sez. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E del RUI N.		In data / /	
Intermediari per cui opera: (riservato agli intermediari iscritti in sezione E del RUI)			
Rag. Soc.		Iscritto alla Sez. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B del RUI N.	

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 SINGOLO CORSO IVA INCLUSA € 244,00

OSPITI DI (INDICARE L'AZIENDA) _____

Modalità di pagamento

CARTA DI CREDITO - Sul sito www.convegni.info tramite iscrizione on line

BONIFICO BANCARIO IBAN: IT 22 J 03111 01618 000000000799

UBI Banca intestato a **World Consulting Srl** specificare nella causale **i riferimenti della persona che si iscrive e la data dell'evento inviando copia via fax E-mail della scheda di iscrizione**

Data

Firma