

# **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](mailto:info@insuranceacademy.it) per iscrizioni online [www.insuranceacademy.it](http://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
<b>Iscritto alla Sez. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> E del RUI N.</b>		In data     /   /	
Intermediari per cui opera: (riservato agli intermediari iscritti in sezione E del RUI)			
<b>Rag. Soc.</b>		<b>Iscritto alla Sez. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B del RUI N.</b>	

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](http://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