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

SCHEDA 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 ☐ PROF. ☐ AVV. ☐ DOTT. ☐ 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 ☐Personali ☐Azienda/Ente

Iscritto alla Sez. ☐ A ☐ B ☐ E del RUI N. In data | | |/| | |/| | | | |

Intermediari per cui opera: (riservato agli intermediari iscritti in sezione E del RUI)
Rag. Soc. **Iscritto alla Sez. ☐ A ☐ 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

INSURANCE Academy - info@insuranceacademy.it
20123 Milano, Via San Vincenzo 3
Cell. 3928954317 Fax 02.87.15.23.04