



16° FOCUS SEMESTRALE SULL'AZIONE GIUDIZIARIA
NELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE SANITARIA
NOVITA' E ORIENTAMENTI

Venerdì 5 Ottobre 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

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		

Recapiti corrispondenza preferiti Personali Azienda / Ente

Sezione dedicata agli **AVVOCATI**

Albo di _____ Numero _____

RICHIEDO CREDITI PER **AVVOCATI**
in data | | | / | | | / | | | |

Sezione dedicata agli **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

Iscritto alla Sez. A B E del RUI N. _____

RICHIEDO ORE FORMATIVE PER **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**
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 ai **PROFESSIONISTI SANITARI**

Specializzazione _____

Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione _____

DATI FATTURAZIONE

Dati da utilizzare per la fatturazione Personali Azienda / Ente Altro (compilare campi sottostanti)

Ragione Sociale _____

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

- € 200,00 (esente iva) **Avvocati**, Previa iscrizione all'Associazione SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI 2018
- € 200,00 (esente iva) **Intermediari assicurativi** soci dell'Associazione INSURANCE ACADEMY
- € 244,00 (iva incl) **Medici** soci dell'Associazione RESPONSABILITA' SANITARIA
- OSPITE DI** (indicare l'Azienda) _____

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 25 R 03111 01610 00000000545 intestato a INSURANCE ACADEMY)

Data _____

Firma _____