



**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](mailto:info@responsabilitasanitaria.it)

Iscrizione on-line: [www.responsabilitasanitaria.it](http://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**  RICHIEDO CREDITI PER **AVVOCATI**  
Albo di \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ in data | | | / | | | / | | |

Sezione dedicata agli **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**  RICHIEDO ORE FORMATIVE PER **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**  
Iscritto alla Sez.  A  B  E del RUI N. \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_