

### SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

da compilare e inviare via fax allo 02.93.66.48.18

Dott.  Avv.  Prof.  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

**Sezione dedicata ai PROFESSIONISTI SANITARI**  RICHIEDO CREDITI ECM PER **PROFESSIONISTI SANITARI**

Specializzazione \_\_\_\_\_

Ordine di \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ in data | | /| | /| | | | |

**Sezione dedicata agli AVVOCATI**  RICHIEDO CREDITI PER **AVVOCATI**

Albo di \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ in data | | /| | /| | | | |

**Sezione dedicata agli INTERMEDIARI SSICURATIVI**  RICHIEDO ORE FORMATIVE PER **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

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. \_\_\_\_\_

**Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, 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 ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**DATI FATTURAZIONE**  Personali  Azienda / Ente  Altro (compilare campi sottostanti)

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. | | | -| | | -| | | -| | | -| | | Partita IVA | | | | | | | | | | | | | |

### ISCRIZIONE AL CONVEGNO

per chi si associa a Risarcimento&Etica € 100,00 previa compilazione della scheda di iscrizione in calce. L'iscrizione all'associazione da diritto alla partecipazione gratuita a tutti gli eventi in programma per il 2018 organizzati da Risarcimento&Etica

per chi partecipa solo a questo evento € 122,00 (IVA INCLUSA)

per chi è già socio di Risarcimento&Etica **GRATUITO**

### MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario (IBAN: IT18R0303201605010000003401 intestato a Risarcimento ed Etica)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Laboratorio giuridico per una responsabilità sostenibile

**richiesta di adesione in qualità di socio**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

**chiedo**

di essere iscritto all'associazione *Risarcimento ed Etica* in qualità di socio ordinario.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

\* \* \*

**Modalità di pagamento** - Quota Associativa €. 100,00

BONIFICO	IBAN IT 18R0303201605010000003401
Intestato a: "Risarcimento ed Etica" – Causale "Cognome Nome Quota iscrizione anno 2018"	

**Modalità di presentazione del modulo di iscrizione:**

- A mezzo e-mail all'indirizzo [info@risarcimentoedetica.it](mailto:info@risarcimentoedetica.it) (allegare anche la distinta del Bonifico Bancario)

\* \* \*

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Associazione No Profit

Sede legale Largo Augusto 3 20122 Milano – Codice Fiscale 97793140159 – Partita IVA 10092960961