



# 13° Workshop semestrale per il mondo Assicurativo

## ASSICURIAMOCI UNA SANITA' SICURA

### Un anno dopo la Legge Gelli

#### Venerdì 21 Settembre 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 \_\_\_\_\_

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 agli INTERMEDIARI ASSICURATIVI**  RICHIEDO ORE FORMATIVE PER INTERMEDIARI ASSICURATIVI

Iscrizione al RUI Sez. \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ 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 agli ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione \_\_\_\_\_

### DATI FATTURAZIONE

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

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

€ 120,00 (iva inclusa) **Ordinaria**

€ 100,00 (iva inclusa) **Riservata agli iscritti AIBA, ACB, SNA e AMLA**

€ 80,00 (iva inclusa) **Riservata ai Soci di Responsabilitasanitaria.it**

**OSPITE DI** (indicare l'Azienda) \_\_\_\_\_

### MODALITA' DI PAGAMENTO

**BONIFICO BANCARIO** (IBAN: IT 75 T 03111 01618 000000000371 intestato a RESPONSABILITASANITARIA.it)

**CARTA DI CREDITO** sul sito [www.responsabilitasanitaria.it](http://www.responsabilitasanitaria.it) tramite iscrizione online

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