



IX WORKSHOP SEMESTRALE PER IL MONDO ASSICURATIVO

# RESPONSABILITA' SANITARIA E COPERTURE ASSICURATIVE

**Venerdì 23 Settembre 2016 ore 8.30**

Aula Magna - Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni  
Università degli Studi, Via Luigi Mangiagalli 37

## SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSO

da compilare e inviare via fax allo **02. 87.15.23.04** o e-mail: [info@responsabilitasanitaria.it](mailto:info@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 | | | / | | | / | | | |

**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 CORSO (Iva inclusa)

**Iscrizione standard** Euro **120,00**

**Iscrizione per gli iscritti AIBA, ACB, SNA, ANAPA, UNAPASS e AMLA** Euro **100,00**

**Iscrizione per i soci di RESPONSABILITASANITARIA.it** Euro **80,00**

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

**Carta di credito** (sul sito [www.responsabilitasanitaria.it](http://www.responsabilitasanitaria.it))

**Bonifico Bancario** (su Banca Popolare di Vicenza IBAN: IT 27 K 05728 01600 023571198667 intestato a RESPONSABILITASANITARIA.it)

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