

## LA RESPONSABILITA' DEI PROFESSIONISTI SANITARI DALLA PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA ALLA VALUTAZIONE DELL'ASSISTITO: LA RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE

Aula Magna – Sezione Dipartimentale di Medicina Legale  
Università degli Studi di Milano - Via Luigi Mangiagalli, 37

**Milano, Venerdì 21 Ottobre 2016 – ore 8,30**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO**  
da compilare e inviare via fax allo **02.87.15.23.04**

**L'evento riconoscerà  
7,5 Crediti ECM per INFERMIERI e  
INFERMIERI PEDIATRICI**

Dott.  Avv.  Prof.

Cognome		Nome	
Luogo di nascita	Prov.	Data di nascita     /    /	
Cellulare	Email		
Indirizzo	Cap.	Città	Prov.
Tel.		Fax	
Cod. Fisc.       -	Partita IVA		

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

Ragione Sociale Azienda / Ente			
Indirizzo	Cap.	Città	Prov.
Tel.		Fax	
Cod. Fisc. / Partita IVA			

Recapiti corrispondenza preferiti  Personali  Azienda / Ente

### Sezione dedicata agli **INFERMIERI**

**RICHIEDO CREDITI ECM PER INFERMIERI**

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

### Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione \_\_\_\_\_

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 (Iva inclusa)

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Soci RESPONSABILITASANITARIA.IT</b>             | Euro <b>25,00</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Iscrizione e pagamento prima del 31/08/2016</b> | Euro <b>35,00</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Iscrizione e pagamento dopo il 31/08/2016</b>   | Euro <b>45,00</b> |

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Bonifico Bancario** IBAN IT 27 K 05728 01600 023571198667 Banca Popolare di Vicenza  
intestato a RESPONSABILITASANITARIA.IT- specificare nella causale i riferimenti della persona che si iscrive

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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_