



# MODULO DI ADESIONE AL CONVEGNO RESPONSABILITÀ SANITARIA

LA RESPONSABILITÀ DELL'ODONTOIATRA

Venerdì, 19 Novembre 2010 - ore 8.00  
Aula Magna, Dipartimento di Medicina Legale e delle Assicurazioni  
Università degli Studi di Milano  
Milano, Via Mangiagalli 37

**DA COMPILARE E SPEDIRE VIA FAX AL NR. 02.87.15.23.04**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Ordine di \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. | | | | - | | | | - | | | | - | | | |

Partita IVA | | | | | | | | | | | | | |

Ragione sociale, per eventuale fattura \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

WEB