

IL RISARCIMENTO DELLE LESIONI DI LIEVE ENTITA': UNA NUOVA CENTRALITA' PER LA MEDICINA LEGALE?

Giovedì 15 Dicembre 2016

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

da compilare e inviare via fax allo **02.93.66.48.18**

L'evento riconoscerà

7 Crediti ECM
per **MEDICI**

4 Crediti formativi per
AVVOCATI

7 Ore formative per
INTERMEDIARI ASSICURATIVI

Dott. Avv. Prof. 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 MEDICI RICHIEDO CREDITI ECM PER **MEDICI**

Specializzazione

Ordine di Numero in data | | /| | /| | | | |

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

Albo di Numero in data | | /| | /| | | | |

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

Numero di iscrizione al RUI Sez. Nr. in data | | /| | /| | | | |

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

Ragione Sociale

Indirizzo Cap. Città Prov.

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

ISCRIZIONE AL CONVEGNO

- Gratuiti** per i soci **già iscritti** a MEDICINA E DIRITTO e RESPONSABILITASANITARIA.it
- Gratuiti** per i soci e i nuovi iscritti all'Associazione SYMPOSIUM DEI PROFESSIONISTI (quota associativa sostenitore € **200,00** esente IVA)
- Medici soci SIMLA, FAML I e AMLA (€ **100,00** + IVA)
- Ospiti di _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Bonifico Bancario** (IBAN: IT 47 L05584 01 672 000000003535 intestato a Gruppo Ricerche e Studi Medicina e Diritto)

Data _____ Firma _____