RESPONSABILITASANITARIA.it

workshop per intermediari assicurativi e clinical insurance manager

IL PROFESSIONISTA DELLA SANITÀ *RESPONSABILE* DALLA FACOLTÀ ALL'OBBLIGO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

SCHEDA VALIDA SOLO PER PARTNER ASSIMEDICI

Milano, Venerdì 16 Marzo 2012, ore 8,30
Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Università degli Studi di Milano - Via Mangiagalli 37

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSI

DATI PERSONALI DEL PARTECIPANTE

Cognome **Nome**

☐ Medico ☐ Infermiere ☐ Avvocato ☐ Intermediario Assicurativo ☐ Altro professionista

Specializzazione
(obbligatorio solo per medici)

Ordine della Provincia di

Indirizzo

Cap. **Città** **Prov.**

Tel. **Fax**

Cellulare **Email**

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

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

DATI DELL'AZIENDA CODICE PARTNER | |

Ragione Sociale

Indirizzo

Cap. **Città** **Prov.**

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

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

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, quota associativa anno 2012)

☐ iscrizione e pagamento entro il **01/03/2012** Euro **120,00**
☐ iscrizione e pagamento dopo il **01/03/2012** Euro **180,00**
☐ per i **soci di responsabilitasanitaria.it**, i costi sono rispettivamente di Euro **80,00** e Euro **140,00**

Sono riservate condizioni speciali per Sessioni Collettive

MODALITÀ DI PAGAMENTO

☐ Carta di credito (su www.responsabilitasanitaria.it)
☐ Bonifico Bancario (su Banca Intesa IBAN: IT55 Y 05584 01672 00000006364 intestato a worldConsulting)

QUOTA A CARICO DI ASSIMEDICI
Scheda da compilare e inviare via fax allo 02.48.00.94.47
(massimo due persone per azienda)

Data Firma

RESPONSABILITASANITARIA.it
20123 Milano, Via San Vincenzo 3
Tel. 02.87.15.84.13 - Fax 02.87.15.23.04
info@responsabilitasanitaria.it
www.responsabilitasanitaria.it