RESPONSABILITASANITARIA.it

FORMAZIONE PER INTERMEDIARI ASSICURATIVI 6 Ore

III WORKSHOP SEMESTRALE PER IL MONDO ASSICURATIVO

ASSICURARE LA SANITÀ

Approfondimento con gli esperti

Mercoledì 25 Settembre 2013, ore 8,30

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO RISERVATA PARTNER ASSIMEDICI

da compilare e inviare via fax allo **02.87.15.23.04**

☐ Dott. ☐ Avv. ☐ Prof. Cognome Nome

Ragione Sociale Azienda

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

Luogo di nascita Prov. Data di nascita | | |/| | |/| | | | |

Cellulare Email

☐ Recapiti Personali ☐ Recapiti Azienda / Ente

Indirizzo Cap. Città Prov.

Tel. Fax

Sezione dedicata agli **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

Numero di iscrizione al RUI in data | | |/| | |/| | | | |

Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione

DATI FATTURAZIONE

Ragione Sociale **ASSIMEDICI Srl**

Indirizzo **V.le di Porta Vercellina 20** Cap. **20123** Città **Milano** Prov. **MI**

Partita IVA e Cod. Fisc. |**0**|**7**|**6**|**2**|**6**|**8**|**5**|**0**|**9**|**6**|**5**|

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)

☑ **Iscrizione Standard** Euro **120,00 (a carico di ASSIMEDISI Srl)**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

☑ Fatturare l'importo dell'iscrizione a:
ASSIMEDICI Srl
V.le di Porta Vercellina 20
20123 Milano – P.Iva 07626850965

Data Firma