



IV WORKSHOP SEMESTRALE PER IL MONDO ASSICURATIVO

I RISCHI IN SANITÀ SE LI CONOSCI LI ASSICURI

Venerdì 07 Marzo 2014, ore 8,30

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

SCHEMA DI ISCRIZIONE CONVEGNO RISERVATA PARTNER ASSIMEDICI

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

☐ 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 agli **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

Numero di iscrizione al RUI Sez. Nr. 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 ASSIMEDICI 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