UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

LABORATORIO di RESPONSABILITÀ SANITARIA
Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Università degli Studi di Milano

RESPONSABILITASANITARIA.it

7 FOCUS SEMESTRALE

SULL'AZIONE GIUDIZIARIA NELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE SANITARIA

NOVITÀ - APPROFONDIMENTI - CONFRONTI

Venerdì 11 Aprile 2014, ore 8,30

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

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

L'evento riconoscerà

6 Crediti per AVVOCATI	6 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 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 | | |/| | |/| | | | |

Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione

DATI FATTURAZIONE (Da compilare qualora diversi da quelli personali / dell'Azienda / dell'Ente)

Ragione Sociale

Indirizzo Cap. Città Prov.

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

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 **290,00**
☐ Per i soci di **Responsabilitasanitaria.it** Euro **250,00**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

☐ **Carta di credito** (sul sito www.responsabilitasanitaria.it)
☐ **Bonifico Bancario** (su Banca Popolare di Milano - IBAN: IT55 Y 05584 01672 000000006364 intestato a worldConsulting)

Data Firma

COMITATO SCIENTIFICO
Dott. Umberto Genovese
Avv. Luigi Isolabella
Avv. Filippo Martini
Avv. Marco Rodolfi
Dott. Attilio Steffano

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
RESPONSABILITASANITARIA.it
Milano, Via San Vincenzo 3
Tel. 02.87.15.84.13 – Fax 02.87.15.23.04
info@responsabilitasanitaria.it
www.responsabilitasanitaria.it

GESTIONE EVENTO
world Consulting Srl a socio unico
Tel. 02.23.36.91.11
Fax 02.23.36.91.22
info@worldconsulting.it
www.worldconsulting.it