

IL PUNTO SULLA VALUTAZIONE E LIQUIDAZIONE DEL DANNO ALLA PERSONA

Venerdì 30 Maggio 2014, ore 8,30

Aula Magna Università degli Studi di Milano – Via Festa del Perdono 7

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

 da compilare e inviare via fax allo **02.93.66.48.18**
7 Crediti ECM
per PROFESSIONISTI SANITARIE

L'evento riconoscerà

6 Crediti
per AVVOCATI

6 ore formative
per INTERMEDIARI ASSICURATIVI

<input type="checkbox"/> Dott. <input type="checkbox"/> Avv. <input type="checkbox"/> 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 PROFESSIONISTI SANITARI RICHIEDO CREDITI ECM PER **PROFESSIONISTI SANITARI**

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 / /	
----------------------------------	-----	-----------------------	--

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)	PRIMA DEL 30/04/2014	DOPO IL 30/04/2014
<input type="checkbox"/> Costo	Euro 240,00	Euro 290,00
<input type="checkbox"/> Soci SIMLA, FAMLI e AMLA ed Associati AIBA	Euro 200,00	Euro 250,00

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Carta di credito** (sul sito www.medicinaediritto.it)
- Bonifico Bancario** (IBAN: IT 47 L 05584 01672 000000003535 intestato a Gruppo Ricerche e Studi Medicina e Diritto)

Data _____ Firma _____