



10° FOCUS SEMESTRALE
SULL'AZIONE GIUDIZIARIA
NELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE SANITARIA
NOVITÀ - APPROFONDIMENTI - CONFRONTI

Venerdì 09 Ottobre 2015, 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**
o e-mail info@responsabilitasanitaria.it

4 Crediti
per **AVVOCATI**

6 Ore formative per
INTERMEDIARI ASSICURATIVI

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

Dati da utilizzare per la fatturazione Personali Azienda / Ente Altro (compilare campi sottostanti)

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 e pagamento entro il 30/09/2015 Euro **240,00**

Iscrizione e pagamento dopo il 30/09/2015 Euro **290,00**

Per i soci di **RESPONSABILITASANITARIA.it** i costi sono rispettivamente di: Euro **200,00** e Euro **250,00**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Carta di credito (sul sito www.responsabilitasanitaria.it)

Bonifico Bancario (IBAN: IT 27 K 05728 0160 0023571198667 intestato a Responsabilitasanitaria.it)

Data _____ Firma _____