

8 FOCUS SEMESTRALE
**SULL'AZIONE GIUDIZIARIA
NELLA RESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE SANITARIA**
Novità – Approfondimenti - Confronti

Venerdì 10 Ottobre 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**

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

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

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Cod. Fisc. / Partita IVA | | | | | | | | | | | | | |

Il/la sottoscritto/a, 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 ai sensi del D.Lgs 196/2003.

ISCRIZIONE AL CONVEGNO (iva inclusa) | **MODALITÀ DI PAGAMENTO**

- | | | |
|---|--------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Iscrizione e pagamento entro il 05/10/2014 | Euro 240,00 | <input type="checkbox"/> Carta di credito |
| <input type="checkbox"/> Iscrizione e pagamento dopo il 05/10/2014 | Euro 290,00 | sul sito www.responsabilitasanitaria.it |
| Per i soci RESPONSABILITASANITARIA senza pubblicazione | | <input type="checkbox"/> Bonifico Bancario su Banca Pop. Di Vicenza |
| <input type="checkbox"/> Iscrizione e pagamento entro il 05/10/2014 | Euro 200,00 | IBAN: IT 05 Z 05728 01604 633571157669 |
| <input type="checkbox"/> Iscrizione e pagamento dopo il 05/10/2014 | Euro 250,00 | intestato a worldConsulting |

Data _____ Firma _____