

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_