

IL VALORE DEL DOLORE

Venerdì 13 Novembre 2015, 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**

L'evento riconoscerà

4 Crediti
per **AVVOCATI**

6 Crediti ECM
per **PROFESSIONI SANITARIE**

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 <input type="checkbox"/> Personali <input type="checkbox"/> Azienda / Ente			

Sezione dedicata ai **PROFESSIONISTI SANITARI**

Specializzazione			
Ordine di	Numero	in data / /	

Sezione dedicata agli **AVVOCATI**

Albo di	Numero	in data / /	
---------	--------	---------------------	--

Sezione dedicata agli **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

Numero di iscrizione al RUI Sez.	Nr.	in data / /	
----------------------------------	-----	---------------------	--

DATI FATTURAZIONE

Personali Azienda / Ente Altro (compilare campi sottostanti)

Ragione Sociale			
Indirizzo	Cap.	Città	Prov.
Cod. Fisc. - -	Partita IVA		

Richiedo in omaggio abbonamento a RIDARE per 1 mese dalla data del convegno

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)* **Compreso abbonamento a RIDARE per 1 mese**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Importo Iscrizione (prima del 20.10.2015) Euro 240,00 | <input type="checkbox"/> Soci SIMLA, FAMLI e AMLA Euro 200,00 |
| <input type="checkbox"/> Importo Iscrizione (dopo il 20.10.2015) Euro 290,00 | <input type="checkbox"/> Soci SIMLA, FAMLI e AMLA Euro 250,00 |

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario (IBAN: IT 47 L05584 01 672 000000003535 intestato a Gruppo Ricerche e Studi Medicina e Diritto)

Data _____ Firma _____