

# VERSO UNA NUOVA RESPONSABILITA' SANITARIA

## Mercoledì 4 Maggio 2016, ore 8.30

Sala Napoleonica - Università degli Studi di Milano  
 Palazzo Greppi - Via S. Antonio, 10 - Milano

### SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

da compilare e inviare via fax allo **02. 87.15.23.04**  
 o e-mail [info@responsabilitasanitaria.it](mailto:info@responsabilitasanitaria.it)

**4** crediti ECM per **MEDICI**

Titolo  PROF.  AVV.  DOTT.  SIG./SIG.RA

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 MEDICI**  RICHIEDO CREDITI ECM PER **MEDICI**

Specializzazione \_\_\_\_\_

Ordine di \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ in data | | /| | /| | | | |

**Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione \_\_\_\_\_

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 (Gratuita)

OSPITE  ISCRIZIONE GRATUITA

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_