

CORSO DI FORMAZIONE
LA RESPONSABILITA' SANITARIA E LE COPERTURE ASSICURATIVE

Mercoledì 14 Settembre 2016

Università degli Studi di Milano - Istituto di Medicina Legale

Corso riservato ad inviti - 6 ore di Formazione per Intermediari Assicurativi

SCHEDA DI ISCRIZIONE

da compilare e inviare via fax allo **02. 87.15.23.04** o e-mail info@responsabilitasanitaria.it

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 agli INTERMEDIARI ASSICURATIVI RICHIEDO ORE FORMATIVE PER INTERMEDIARI ASSICURATIVI

Iscritto alla Sez. _____ del RUI N. _____ In data | | / | | / | | | |

Intermediari per cui opera: (riservato agli intermediari iscritti in sezione E del RUI)

Rag. Soc. _____ Iscritto alla Sez. A B del RUI N.

Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI

Professione _____

ISCRIZIONE AL CONVEGNO (Gratuita)

Data _____ Firma _____