RESPONSABILITASANITARIA.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE CORSI

da compilare e inviare
via fax allo 02.87.15.23.04

Titolo

Nome/Cognome

Professione

Ordine di/Provincia

Indirizzo

Città

Cap Prov.

Tel.

Fax

Cellulare

E-mail

Cod. Fisc.

Partita IVA /per rilascio fattura

Intestazione fattura se diversa dall iscritto

Contrassegnate con una "x" il/i corso/i a prescelti

☐ **mercoledì 12 gennaio 2011**
HOMO MUNDUS MINOR
L ESPLOSIONE DEI TEST GENETICI

☐ **mercoledì 16 febbraio 2011**
NUMQUAM PERICULUM SINE PERICULO VINCITUR
RESPONSABILITÀ SANITARIA
PER INTERMEDIARI ASSICURATIVI
RISK MANAGER ED INSURANCE MANAGER

☐ **mercoledì 23 marzo 2011**
QUOD SCRIPSI, SCRIPSI
DALLA CARTELLA CLINICA ALLA SDO:
RESPONSABILITÀ ED ONERI

☐ **mercoledì 20 aprile 2011**
VOX POPULI, VOX DEI
NOZIONI DI RESPONSABILITÀ SANITARIA
PER I COMPONENTI DEGLI UFFICI URP

☐ **mercoledì 18 maggio 2011**
REBUS SIC STANTIBUS
LA PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA:
DAI FARMACI BIOEQUIVALENTI A QUELLI OFF LABEL

☐ **mercoledì 15 giugno 2011**
QUI PECCAT EBRIUS, LUAT SOBRIUS
GLI ACCERTAMENTI PER I CONDUCENTI
SOTTO EFFETTO DI "SOSTANZE"

Importo da pagare

Numero Corsi a cui si intende iscriversi |_____|

Costo singolo evento 200,00* + Iva

Totale da pagare Euro |_____|

*** Applicare lo sconto del 10% se ci si iscrive a due corsi**
*** Applicare lo sconto del 20% se ci si iscrive a più di due corsi**

FORMA DI PAGAMENTO PRESCELTA

|__| **Carta di credito** (sul sito www.responsabilitasanitaria.it)

|__| **Bonifico Iban: IT55 Y 05584 01672 000000006364** (intestato a world Consulting srl)

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.

Data Firma