



MODULO DI RINNOVO ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE RESPONSABILITASANITARIA.it

Da compilare e inviare via fax allo **02.87.15.23.04**

Il/La Sottoscritto/a

Dott. Avv. Prof. Sig.

Cognome _____ Nome _____

Numero Tessera Associativa, se nota _____

Ragione Sociale Azienda / Ente _____

COMPILARE LA RESTANTE PARTE DEL MODULO SE DIFFERISCE RISPETTO L'ANNO PRECEDENTE

Codice Fiscale | | | | - | | | - | | | | | - | | |

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita | | | / | | / | | | |

Cellulare _____ E-mail _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Sezione dedicata ai **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 | | | / | | / | | | |

Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Carta di credito (sul sito www.responsabilitasanitaria.it)

Bonifico Bancario (IBAN: IT 27 K 05728 0160 0023571198667 intestato a Responsabilitasanitaria.it)

Richiede l'iscrizione all'Associazione **RESPONSABILITASANITARIA.it**

- **AUTORIZZA** il presidente dell'Associazione RESPONSABILITASANITARIA.it al trattamento dei Suoi dati personali (Dlgs 196/2003)
- **È A CONOSCENZA** che l'Associazione RESPONSABILITASANITARIA.it tratterà i dati inseriti nel presente modulo per l'aggiornamento del Libro Soci
- **SI IMPEGNA** a versare la quota associativa di Euro **122,00** per l'anno in corso

Data _____ Firma _____

RESPONSABILITASANITARIA.it

20123 Milano, Via San Vincenzo 3
Tel. **02.87.15.84.13** - Fax 02.87.15.23.04
info@responsabilitasanitaria.it
www.responsabilitasanitaria.it

sede legale
20145 Milano, Via Mario Pagano 63
Codice Fiscale 97574810152 - Partita Iva 08316130965
Codice IBAN IT 27 K 05728 01600 023571198667