

IV WORKSHOP SEMESTRALE PER IL MONDO ASSICURATIVO

I RISCHI IN SANITÀ SE LI CONOSCI LI ASSICURI

Venerdì 07 Marzo 2014, ore 8,30

Aula Magna - Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Università degli Studi, Via Luigi Mangiagalli 37

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO da compilare e inviare via fax allo **02.87.15.23.04**

Dott. Avv. 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 Personali Azienda / Ente

Sezione dedicata agli INTERMEDIARI ASSICURATIVI

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

Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI

Professione

DATI FATTURAZIONE

Dati da utilizzare per la fatturazione Personali Azienda / Ente Altro (compilare campi sottostanti)

Ragione Sociale

Indirizzo Cap. Città Prov.

Cod. Fisc. / Partita IVA | | | | | | | | | |

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)

Iscrizione Standard Euro **120,00**

per i soci di **responsabilitasanitaria.it** Euro **80,00**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

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

Bonifico Bancario (su Banca Intesa IBAN: IT55 Y 05584 01672 000000006364 intestato a worldConsulting)

_____ Data Firma