

IL DANNO ALLA PERSONA

APPROFONDIMENTI CON GLI ESPERTI

Venerdì 07 Novembre 2014, ore 8,30

Aula Magna Università degli Studi di Milano – Via Festa del Perdono 7

SCHEDA DI ISCRIZIONE CONVEGNO

 da compilare e inviare via fax allo **02.93.66.48.18**

L'evento riconoscerà

6 crediti
per **AVVOCATI**
6 Crediti ECM
per **PROFESSIONI SANITARIE**
6 ore formative
per **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**
 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 ai PROFESSIONISTI SANITARI RICHIEDO CREDITI ECM PER **PROFESSIONISTI SANITARI**
 Specializzazione

 Ordine di Numero in data | | | / | | | / | | | |

Sezione dedicata agli AVVOCATI RICHIEDO CREDITI PER **AVVOCATI**
 Albo di Numero in data | | | / | | | / | | | |

Sezione dedicata agli INTERMEDIARI ASSICURATIVI RICHIEDO ORE FORMATIVE PER **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**
 Numero di iscrizione al RUI Sez. Nr. in data | | | / | | | / | | | |

Sezione dedicata agli ALTRI PROFESSIONISTI
 Professione

DATI FATTURAZIONE (Da compilare qualora diversi da quelli personali / dell'Azienda / dell'Ente)

 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) **Prima del 30/09/2014** **Dopo il 30/09/2014**
 Costo Euro **240,00** Euro **290,00**
 Soci SIMLA, FAMLI e AMLA Euro **200,00** Euro **250,00**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

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

 Bonifico Bancario (IBAN: IT 47 L 05584 01672 000000003535 intestato a Gruppo Ricerche e Studi Medicina e Diritto)

 _____ Data _____ Firma