



**INSURANCE**  
Academy



# CORSO DI ALTA FORMAZIONE IN RESPONSABILITÀ SANITARIA

per Intermediari Assicurativi e Professionisti che operano nei settori della Sanità

L'evento riconoscerà

**15 – 16 – 22 – 23 Settembre 2014**

Università degli Studi di Milano, Via Luigi Mangiagalli 37

**30** Crediti ECM  
per PROFESSIONISTI SANITARI

**24** Crediti  
per AVVOCATI

**30** ore formative  
per INTERMEDIARI ASSICURATIVI

## SCHEMA DI ISCRIZIONE CORSO da compilare e inviare via fax allo **02.87.15.23.04**

<input type="checkbox"/> Dott. <input type="checkbox"/> Avv. <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Personali	<input type="checkbox"/> Azienda / Ente
Sezione dedicata ai <b>PROFESSIONISTI SANITARI</b>		<input type="checkbox"/> RICHIEDO CREDITI ECM PER <b>PROFESSIONISTI SANITARI</b>	
Specializzazione			
Ordine di	Numero	in data     /    /	
Sezione dedicata agli <b>AVVOCATI</b>		<input type="checkbox"/> RICHIEDO CREDITI PER <b>AVVOCATI</b>	
Albo di	Numero	in data     /    /	
Sezione dedicata agli <b>INTERMEDIARI ASSICURATIVI</b>		<input type="checkbox"/> RICHIEDO ORE FORMATIVE PER <b>INTERMEDIARI ASSICURATIVI</b>	
Iscrizione al RUI Sez.	Nr.	in data     /    /	
Sezione dedicata agli <b>ALTRI PROFESSIONISTI</b>			
Professione			

<b>DATI FATTURAZIONE</b>			
Dati da utilizzare per la fatturazione	<input type="checkbox"/> Personali	<input type="checkbox"/> Azienda / Ente	<input type="checkbox"/> Altro (compilare campi sottostanti)
Ragione Sociale	Cod. Fisc. / Partita IVA		
Indirizzo	Cap.	Città	Prov.

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)

- Quota Iscrizione Euro **980,00**
- Sconto AIBA 50 %: € **490,00**
- Sconto SNA 50 %: € **490,00**

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Carta di credito** sul sito [www.insuranceacademy.it](http://www.insuranceacademy.it)
- Bonifico Bancario** su Banca Popolare di Vicenza  
IBAN: IT 05 2 05728 01604 633571157669  
intestato a world Consulting

www.insuranceacademy.it

**INSURANCE Academy**  
Via San Vincenzo 3, 20123 Milano  
Tel. 02.87.15.84.13 - Fax 02.87.15.23.04  
[www.insuranceacademy.it](http://www.insuranceacademy.it) - [info@insuranceacademy.it](mailto:info@insuranceacademy.it)  
Cod. Fisc. 97686420155

con il contributo scientifico di



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI MILANO**



**LABORATORIO di  
RESPONSABILITÀ SANITARIA**  
Coordinatore Dott. Umberto Genovese

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Firma