

Corso di Formazione

Il Consenso Informato

Evoluzione della comunicazione medico-paziente, responsabilità, giurisprudenza e problemi assicurativi.

Giovedì 26 Maggio 2016, ore 9,00

Aula Magna - Università degli Studi di Milano Via Luigi Mangiagalli 37

6 ore di Formazione per Intermediari Assicurativi

Iscrizioni on line e informazioni su www.convegni.info/amtrusteurope

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da inviare a mezzo fax 02.87.15.23.04 Per informazioni Tel. 02.87.15.84.13

Titolo PROF. AVV. DOTT. SIG./SIG.RA

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** RICHIEDO ORE FORMATIVE PER **INTERMEDIARI ASSICURATIVI**

Iscritto alla Sez. _____ del RUI N. In data | | / | / | | | |

Intermediari per cui opera: (riservato agli intermediari iscritti in sezione E del RUI)

Iscritto alla Sez. A B del RUI N.

Sezione dedicata agli **ALTRI PROFESSIONISTI**

Professione _____

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 (Gratuita)

OSPITE ISCRIZIONE GRATUITA

Data _____

Firma _____