

**ASSICURARE LE STRUTTURE SANITARIE E I SANITARI
CON I LEADER DI MERCATO**

Cell. 392.89.54.317 - Fax 02.87.15.23.04 www.insuranceacademy.it info@insuranceacademy.it

| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| 27/09/2019 h 09.00 – 18.30 | 02/10/2019 h 14.00 – 18.30 | 03/10/2019 h 09.00 – 13.30 | 08/10/2019 h 14.00 – 18.30 | 09/10/2019 h 09.00 – 13.30 | 10/10/2019 h 09.00 – 13.30 | 15/10/2019 h 09.00 – 13.30 |
| MILANO | BOLOGNA | PESCARA | REGGIO CALABRIA | CATANIA | PALERMO | NAPOLI |
| Università degli Studi di Milano Via L. Mangiagalli, 37 20133 MILANO | UNA Hotel Bologna Fiera P. Costituzione,1 40128 BOLOGNA | Sede da definire | Sede da definire | International Airport Hotel Via S. Giuseppe Alla Rena, 94 95121 CATANIA | Sede da definire | NH Ambassador Via Medina, 70 80133 NAPOLI |

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|--|--|
| 16/10/2019 h 09.00 – 13.30 | 17/10/2019 h 09.00 – 13.30 | 21/10/2019 h 14.00 – 18.30 | 22/10/2019 h 14.00 – 18.30 | 23/10/2019 h 14.00 – 18.30 | 30/10/2019 h 09.00 – 13.30 |
| ROMA | BARI | VERONA | TORINO | FIRENZE | CAGLIARI |
| Cavour Centro Congressi Via Cavour 50/A 00184 ROMA | Hotel Parco dei Principi Viale Europa, 6 70128 BARI | Sede da definire | Grand Hotel Sitea Via Carlo Alberto, 35 10123 TORINO | STAR Hotel Michelangelo V. F. Roselli, 2 50123 FIRENZE | T Hotel Cagliari Via dei Giudicati, 66 09131 CAGLIARI |

SCHEDA DI ISCRIZIONE – WEB

da compilare e inviare via fax allo **02.87.15.23.04** per iscrizioni online www.insuranceacademy.it

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

Cognome _____ Nome _____

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

Cellulare _____ Email _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

Codice Fiscale | | | | - | | | | - | | | | - | | | | - | | | | Partita IVA | | | | | | | | | | | |

Ragione Sociale Azienda / Ente _____

Indirizzo _____ Cap. _____ Città _____

Prov. Tel. _____ Fax _____

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

Rag. Soc. _____ Iscritto alla Sez. A B del RUI N.

ISCRIZIONE AL CONVEGNO (Gratuita)

OSPITE DI UA UNDERWRITING AGENCY OSPITE DI ASSIMEDICI

Data _____ Firma _____