

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____
 DATA di NASCITA _____ CODICE FISCALE _ _ _ _ _
 INDIRIZZO _____
 CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____
 TEL _____ E-MAIL _____

Apertura iscrizioni il 2 Dicembre 2020

<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> Gratuito
<input type="checkbox"/> Altre professioni (Oftalmologi)	<input type="checkbox"/> € 50 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Ortottisti non soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> € 120 (IVA inclusa)

Il Corso prevede 10 crediti ECM per:
 Ortottista/Assistente di Oftalmologia - *Medico Oculista*

Dati per fatturazione: almeno una opzione è obbligatoria

Fattura intestata a me stesso/a C.F. _ _ _ _ _

Fattura intestata ad Azienda Privata - dati per fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

Fattura intestata ad Azienda Pubblica - dati per il pagamento e la fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

CODICE UNIVOCO AZIENDALE _ _ _ _ _ MAIL (pec) _____

Trasmetto la cifra per mezzo:

BONIFICO BANCARIO intestato a : Centro Organizzazione Congressi

Banca: Monte dei Paschi di Siena - IBAN: **IT 04 K 01030 82591 000061119690**

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del (Decreto Legislativo) DL n° 196 del 30 Giugno 2003

Data_____

Firma_____

da inviare a: Centro Organizzazione Congressi - fax: 0942.24251 - e-mail: centrocongressi@tao.it

L'iscrizione al Corso deve considerarsi tacitamente accettata salvo nostro avviso contrario