

SCHEMA DI ISCRIZIONE

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

Apertura iscrizioni il 15/10/2020

<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOrAO e professionisti soci SIPE	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)	Quota comprensiva di libro
<input type="checkbox"/> Ortottisti Soci AIOrAO e professionisti soci SIPE	<input type="checkbox"/> € 20 (IVA compresa)	Quota senza acquisto del libro
<input type="checkbox"/> Ortottisti NON soci AIOrAO e professionisti NON soci SIPE	<input type="checkbox"/> € 80 (IVA compresa)	Quota comprensiva di libro
<input type="checkbox"/> Ortottisti - NON soci AIOrAO e professionisti NON soci SIPE	<input type="checkbox"/> € 40 (IVA compresa)	Quota senza acquisto del libro

Il Corso prevede 35 crediti ECM per:
Ortottisti Assistenti di Oftalmologia - *Medici Chirurghi (Oftalmologi)*

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