

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

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

**Apertura iscrizioni il 12 Settembre 2016**

	Entro il 22/10/2016	Dopo il 22/10/2016
<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> € 25 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Medici Oculisti	<input type="checkbox"/> € 50 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 80 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Neuropsicomotricisti	<input type="checkbox"/> € 50 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 80 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Ortottisti NON soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> € 120 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 150 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Studenti Ortottisti - Soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> gratuito (entro il limite dei posti disponibili)	

Il Corso prevede crediti ECM per:  
 Ortottisti Assistenti di Oftalmologia, medici oculisti, neuropsicomotricisti

**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:**

ASSEGNO BANCARIO O CIRCOLARE intestato a: Centro Organizzazione Congressi  
 N° \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_  
 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