

## Scheda di iscrizione

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Email. \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

La quota di iscrizione da diritto a: Materiale Congressuale, Crediti ECM (qualora si frequentino il 100% dei Corsi accreditati e si superi il test), partecipazione ai lavori, light lunch

### Apertura iscrizioni il 22/07/2016

	ENTRO IL 6/09/2016	DOPO IL 6/09/2016
<input type="checkbox"/> Socio AIO <sub>RAO</sub> PROFESSIONISTA	<input type="checkbox"/> € 45,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 75,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Socio AIO <sub>RAO</sub> STUDENTE	<input type="checkbox"/> € 25,00 IVA inclusa	
<input type="checkbox"/> Oculista	<input type="checkbox"/> € 80,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 120,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Ortottista NON SOCIO	<input type="checkbox"/> € 100,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 140,00 IVA inclusa

#### Il Corso prevede crediti ECM per:

*Ortottisti Assistenti di Oftalmologia; Oculisti*

#### FATTURAZIONE e PAGAMENTO:

Fattura intestata a **me stesso/a** C.F./ P.I. \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

**Nel caso di fattura e pagamento ricevuto da Azienda Pubblica, prima di effettuare l'iscrizione Vi preghiamo di contattare la Segreteria Organizzativa 0942.24293. Grazie**

*Esigenze particolari riguardo la fatturazione (intestazioni, descrizione, esenzione IVA, etc.) andranno comunicate contestualmente all'iscrizione. Non possono essere effettuate variazioni sulle fatture emesse).*

**Trasmetto la cifra per mezzo:**

Assegno bancario o circolare Intestato a Centro Organizzazione Congressi

n° \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_ per l'importo di € \_\_\_\_\_

Bonifico bancario intestato a (allegare fotocopia):

Centro Organizzazione Congressi - Monte dei Paschi di Siena

Ag. di Taormina Coordinate IBAN: IT 04 K 01030 82591 000061119690

*Il solo bonifico non accompagnato dalla scheda non equivale alla iscrizione.*

*Verranno prese in considerazione soltanto le schede accompagnate dalla relativa quota di iscrizione.*

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

I Suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale al fine di documentare la sua partecipazione a Congressi, Eventi, Meeting organizzati dal Centro Organizzazione Congressi e trattamenti derivanti da obblighi di Legge. I dati saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa, nonché alle competenti Autorità secondo le prescrizioni di legge. Il conferimento dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione al Congresso. Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei miei dati personali ed al loro utilizzo per le finalità sopra indicate.

**Sono consapevole che ai fini di ottenere i crediti ECM dovrò frequentare l'evento al 100% e in tal senso ho preso visione dal programma dell'orario di chiusura dell'evento, non insisterò quindi con gli organizzatori ed in caso di necessità prenderò solo l'attestato di partecipazione senza ECM.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Da inviare entro il 6/09/2016 a:**

**Centro Organizzazione Congressi - Via Miss Mabel Hill, 9 - 98039 Taormina (ME)**

**Tel. 0942.24293 Fax: 0942.24251 - E-mail: [centrocongressi@tao.it](mailto:centrocongressi@tao.it)**