

SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

Apertura iscrizioni il 20 settembre

	Entro il 28 ottobre	Dopo il 28 ottobre
<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOraO	<input type="checkbox"/> € 25 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 60 (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

L'iscrizione dà diritto a: partecipazione ai lavori, attestato di partecipazione, crediti ECM. Le quote d'iscrizione versate saranno rimborsate, epurate dalle spese, inviando richiesta formale **entro il 30 ottobre** a centrocongressi@tao.it; oltre tale data non sarà dovuto alcun rimborso.

Dati per fatturazione: almeno un'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