

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

DATA di NASCITA _____ CODICE FISCALE _ _ _ _ _

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TEL _____ E-MAIL _____

Apertura iscrizioni il 9 gennaio 2019

	Entro il 6/02/19	Dopo il 6/02/19
<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> € 25 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Oculisti	<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

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