

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA di NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_ \_ \_ \_ \_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**Apertura iscrizioni dal 6 Febbraio 2020**

	Entro il 16/03/2020	Dopo il 16/03/2020
<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> Gratuito	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Altri professionisti	<input type="checkbox"/> Gratuito	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Ortottisti NON soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> € 50 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 150 (IVA compresa)

Il Corso prevede crediti ECM per:

Ortottisti Assistenti di Oftalmologia - medici oculisti - medici pediatri (pediatri e pediatri di libera scelta)

**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**