

SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

Apertura iscrizioni il 24/03/2021

<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> €15 (IVA compresa)	
<input type="checkbox"/> Altri Professionisti (TNPEE- Medici)	<input type="checkbox"/> €30 (IVA compresa)	
<input type="checkbox"/> Ortottisti NON soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> €100 (IVA compresa)	
<input type="checkbox"/> Studenti Ortottisti - Soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> Gratuito <input type="checkbox"/> €10 (IVA compresa)	
<input type="checkbox"/> Studenti Ortottisti - Non Soci AIOrAO		
<table border="1"> <tr> <td>Entro limiti disponibili</td> </tr> </table>		Entro limiti disponibili
Entro limiti disponibili		

Il Corso prevede crediti ECM per:
 Ortottisti Assistenti di Oftalmologia - TNPEE - Medici (*Oftalmologi, Neuropsichiatri*)
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