



REGGIO CALABRIA 11 Giugno 2016

**3° Corso interregionale AIOraO Calabria - Sicilia
"La Riabilitazione e i suoi aspetti pratici"**

SCHEDE DI ISCRIZIONE

(scrivere in stampatello)

COGNOME _____ NOME _____

C _____ LUOGO _____ E _____ DATA _____ DI _____ NASCITA: _____
F: _____

INDIRIZZO _____ C.A.P. _____

CITTA' _____ PROV. _____

TEL _____ FAX _____ CELL _____

E-MAIL _____

Apertura iscrizione 13 gennaio 2016

	Entro il 28 gennaio 2016	Dopo il 28 gennaio 2016
- Ortottisti - Soci	- € 25 (IVA compresa)	- € 60 (IVA compresa)
- Ortottista non socio	- € 100 (IVA compresa)	- € 120 (IVA compresa)
- Studenti Ortottisti - Soci	- € 10 euro (IVA compresa)	- € 25 (IVA compresa)

Il Corso prevede crediti ECM per il numero di iscrizioni pervenute entro il 28 GENNAIO 2016 che vi saranno comunicati.

L'iscrizione al corso da diritto a: partecipazione ai lavori scientifici, attestato di partecipazione, crediti ECM (con il superamento dei test finali e la frequenza al 100% dell'evento). L'iscrizione al Corso deve considerarsi tacitamente accettata salvo nostro avviso contrario; le quote d'iscrizione versate saranno rimborsate, epurate dalle spese ricevendone richiesta formale entro il 31 marzo 2016.

Dati per fatturazione: (scegliere una delle due opzioni - **almeno una è obbligatoria**)

Fattura intestata a me stesso/a C.F. _____

Fattura intestata ad Azienda e pertanto comunico dati per fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

Trasmetto la cifra per mezzo:

ASSEGNO BANCARIO O CIRCOLARE non trasferibile intestato a: Centro Organizzazione Congressi N° _____ Banca _____

BONIFICO BANCARIO intestato a: Centro Organizzazione Congressi Monte dei Paschi di Siena Ag Taormina Coordinate) IBAN: **IT 04 K 01030 82591 000061119690** motivazione **Evento AIOraO Reggio Calabria 2016**

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 Giugno 2003

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.

Ho preso nota di tutte le informazioni ivi contenute

Data _____ Firma _____

Da inviare a:

Centro Organizzazione Congressi – fax:0942.24251 – e-mail: centrocongressi@tao.it