

# SCHEDA D'ISCRIZIONE Corso FAD

**Disfunzione meibomiana e chirurgia oculare:  
Prevenire le complicazioni trattando il paziente pre e post intervento**

**Online dal 10 Settembre 2018 al 10 Settembre 2019**

\*Cognome \_\_\_\_\_ \*Nome \_\_\_\_\_

\*Indirizzo \_\_\_\_\_ \*CAP \_\_\_\_\_

\*Città \_\_\_\_\_ \*Prov. \_\_\_\_\_

\*Tel \_\_\_\_\_ \*Email \_\_\_\_\_

\*C.F. \_\_\_\_\_ \*Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_

\*Qualifica \_\_\_\_\_ \*Az. Osp /Ente \_\_\_\_\_

\*Professione: \_\_\_\_\_

\*Inquadramento professionale:                                                                    
Libero Professionista                      Dipendente                      Convenzionato

**La quota d'iscrizione per Medici Chirurghi in Oftalmologia è di 109,80 € (Iva inclusa)  
invece di 219,60 € (Iva inclusa) per chi si iscrive entro il 10 Marzo 2019.**

**Coordinate Bancarie:** Conto intestato a Formazione ed Eventi srl  
Unicredit Banca di Roma - IBAN : IT 88 F 02008 05030 000401320851

**Indicare nella causale del bonifico: Cognome e Nome dell'iscritto, e titolo del corso FAD.**

## Dati per la fatturazione:

Intestare a: \_\_\_\_\_

P.IVA e/o Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Codice Univoco (solo per i possessori di partita IVA): \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

***N. B. Compilare il modulo in tutti i campi e mandare via fax insieme alla copia del bonifico al nr:  
06 87 192 213 o via email all'indirizzo: [eventi@formazioneeventisrl.it](mailto:eventi@formazioneeventisrl.it)***

***Le credenziali d'accesso saranno inviate per email entro 10 giorni lavorativi  
dal ricevimento di questa scheda.***

\*\*Trattamento dei dati personali ai sensi del "Regolamento UE 2016/679"

Accetto

Non Accetto

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_