

# SCHEMA D'ISCRIZIONE Corso FAD

## GLAUCOMA: Le Basi

Online dal 18 Settembre 2017 al 18 Settembre 2018

\*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 è di 183,00 € (Iva inclusa)**

- Medico Chirurgo in Oftalmologia  
 Medico di Base  
 Ortottista/Assistente di Oftalmologia

**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, città e data del corso.**

**Dati per la fatturazione:**

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

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

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@formazionedeventisrl.it](mailto:eventi@formazionedeventisrl.it)***

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

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

Accetto

Non Accetto

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