

# SCHEMA D'ISCRIZIONE Corso FAD

**Guida alla corretta gestione del paziente portatore di protesi oculare:  
Patologia medica e chirurgica e trattamento norme di erogazione ASL e INAIL**

**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 è di 219,60 € (Iva inclusa)**

Medico Chirurgo in:

- ☐ Chirurgia Generale ☐ Chirurgia Maxillo-Facciale ☐ Chirurgia Pediatrica ☐ Medicina Legale  
☐ Chirurgia Plastica e Ricostruttiva ☐ Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza ☐ Oncologia  
☐ Medicina Generale (Medici di Famiglia) ☐ Oftalmologia ☐ Pediatria  
☐ Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)  
☐ 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, 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 \_\_\_\_\_