

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

## XI° Corso SOU

**Lugano (CH), 10 - 12 Settembre 2015**

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

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

\*Città \_\_\_\_\_ \*Prov. \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**La quota d'iscrizione per Medico Chirurgo in Oftalmologia e Ortottisti/Assistenti in Oftalmologia è di 250,00€ (Iva compresa)**

**Coordinate Bancarie:** Conto intestato a Formazione ed Eventi srl

IPIBI BANCA - IBAN: IT28D0315903201803570160318 - Abi: 03159 - CAB: 03201 - Swift: INPIITM1

**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 al numero: 0687188886  
insieme alla copia del bonifico.*

**\*\*Trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successivi vigenti**

Accetto

Non Accetto

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