

SCHEDA D'ISCRIZIONE

6th Siena Glaucoma Summer School

Siena, 2-3 Settembre 2018

*Cognome _____ *Nome _____

*Indirizzo _____ *CAP _____

*Città _____ *Prov. _____

*Tel _____ *Email _____

*C.F. _____ *Luogo e Data di Nascita _____

*Qualifica _____ *Az. Osp /Ente _____

*Inquadramento professionale:

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

La quota d'iscrizione per Medico Chirurgo in Oftalmologia è di 305,00€ Iva compresa (escluso pernottamento)

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@formazioneeventisrl.it

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

Accetto

Non Accetto

Data _____ Firma _____