

# SCHEMA D'ISCRIZIONE

## 6<sup>th</sup> Ocular Oncology Day

Siena, 1 - 2 Dicembre 2017

\*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 compresa) per:

Ortottista/Assistente di Oftalmologia                                            Infermiere                        
Medico Chirurgo in:  
Oncologia                                            Pediatria                                            Neurochirurgia                                            Oftalmologia                                            Neuroradiologia                     

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

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

Accetto

Non Accetto

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