

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

## Integrazione territorio-ospedale: Il territorio quale volano dell'attività ospedaliera in oftalmologia

**Ostia, 12 Maggio 2023**

\*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

\*Professione:

Medici Chirurghi in Oftalmologia  Infermieri  Ortottisti/Assistenti di Oftalmologia

**La quota d'iscrizione è di 122,00€ (Iva inclusa)**

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

Codice Univoco (solo per i possessori di partita IVA): \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

***N. B. Compilare il modulo in tutti i campi e mandare insieme alla copia del bonifico all'indirizzo mail:  
eventi@formazioneeventisrl.it.***

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

Accetto  Non Accetto

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