

SCHEMA D'ISCRIZIONE

32° Congresso Nazionale SIOP

“Società Italiana di Oftalmologia Pediatrica”

Pavia, 6-7 Ottobre 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:

Soci SIOP in regola con quota associativa 2017

Medico Chirurgo in Oftalmologia - **Gratuito**

Ortottista/Assistente di Oftalmologia - **Gratuito**

Non socio SIOP

Medico Chirurgo in Oftalmologia - 100,00€ (IVA Inclusa)

Infermieri e Ortottisti/Assistenti di Oftalmologia - 100,00€ (IVA Inclusa)

Specializzando in Oftalmologia - 100,00€ (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: _____

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 D. Lgs. 196/2003 e successivi vigenti

Accetto

Non Accetto

Data _____ Firma _____