

SCHEDA D'ISCRIZIONE

IV Congresso SOR (Società Oftalmologica Romana e del Lazio)

Roma, 27-28 Settembre 2024

*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:

- Gratis - Soci SOR (in regola con la quota annuale 2024) Gratis - Ortottisti, infermieri e Specializzandi
 219,60€ (Iva compresa) Medico Chirurgo in Oftalmologia

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 email: eventi@formazioneeventisrl.it**

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

Accetto

Non Accetto

Data _____ Firma _____