

# SCHEDA D'ISCRIZIONE Corso FAD

## PROTESI OCULARI:

Riabilitazione Estetica, Patologia Medica e Chirurgica nell'Adulto e nel Bambino

**Online dal 24 Febbraio 2020 al 24 Febbraio 2021**

\*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 244,00 € (Iva inclusa)**

### Medico Chirurgo in:

- Chirurgia Generale     Chirurgia Maxillo-Facciale     Chirurgia Pediatrica     Medicina Legale  
 Chirurgia Plastica e Ricostruttiva     Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza     Oncologia  
 Medicina Generale (Medici di Famiglia)     Oftalmologia     Pediatria  
 Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)  
 Ortottista/Assistente di 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, e titolo del corso FAD.**

### 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 via email all'indirizzo: [g.hoti@formazioneeventisrl.it](mailto:g.hoti@formazioneeventisrl.it)***

***Le credenziali d'accesso saranno inviate per email entro 10 giorni lavorativi dal ricevimento di questa scheda.***

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

Accetto

Non Accetto

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