

SCHEDA D'ISCRIZIONE

20° Congresso Nazionale SIIPe

(Società Italiana di Perimetria e Diagnostica per Immagini)

Napoli, 10 Ottobre 2025

*Cognome _____ *Nome _____

*Indirizzo _____ *CAP _____

*Città _____ *Prov. _____

*Tel _____ *Email _____

*C.F. _____ *Luogo e Data di Nascita _____

*Qualifica _____ *Az. Osp /Ente _____

*Professione _____ *Disciplina _____

*Inquadramento professionale:

☐
Libero Professionista

☐
Dipendente

☐
Convenzionato

La quota d'iscrizione è di:

- ☐ Soci SIIPe in regola con quota associativa 2025 - **Gratis**
- ☐ Medici Chirurghi in Oftalmologia - **150,00€ (Iva inclusa)**
- ☐ Ortottisti/Assistenti di Oftalmologia - **70,00€ (Iva inclusa)**
- ☐ Infermieri - **50,00€ (Iva inclusa)**
- ☐ Studenti in Medicina e Ortottica - **40,00€ (Iva inclusa)**

Coordinate Bancarie: Conto intestato a Formazione ed Eventi srl

Unicredit Banca di Roma - IBAN : IT88U0200805265000401320851

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:
info@formazionedeventisrl.it.**

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

☐
Accetto

☐
Non Accetto

Data _____ Firma _____