

# SCHEMA D'ISCRIZIONE

## X° Incontro Oftalmologico Apuano: Cosa c'è di nuovo in Oftalmologia?

Carrara, 23 Gennaio 2016

\*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 97,60€ (Iva compresa)

                                             
Medico Chirurgo in Oftalmologia                      Ortottista/Assistente di Oftalmologia                      Infermiere

**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 al nr: 06 87 192 213  
o via email all'indirizzo: [eventi@formazioneeventisrl.it](mailto:eventi@formazioneeventisrl.it).**

\*\*Trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successivi vigenti

Accetto

Non Accetto

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