

SCHEMA D'ISCRIZIONE

Educazione Continua in Oftalmologia 2024

Villasimius (CA), 23 - 28 Giugno 2024

VOI Hotel Tanka (Via degli Oleandri, 7 - 09049 Villasimius, Cagliari)

*Cognome _____ *Nome _____
*Indirizzo _____ *CAP _____
*Città _____ *Prov. _____
*Tel _____ *Email _____
*C.F. _____ *Luogo e Data di Nascita _____
*Qualifica _____ *Professione _____

Iscrizione

- Medici Chirurghi in Oftalmologia:** Entro il 30 Aprile 2024: 2600,00€ + IVA (22%)
Dopo il 30 Aprile 2024: 2850,00€ + IVA (22%)
Comprende: Soggiorno 7 notti in pensione completa (dal 22 al 29 Giugno) in camera con un altro partecipante, Cocktail di Benvenuto e di arrivarci, Iscrizione al congresso.
- Ortottisti/Assistenti in Oftalmologia:** Entro il 30 Aprile 2024: 2600,00€ + IVA (22%)
Dopo il 30 Aprile 2024: 2850,00€ + IVA (22%)
Comprende quanto sopra indicato per gli Oculisti.
- Specializzandi in Oftalmologia:** Entro il 30 Aprile 2024: 1500,00€ + IVA (22%)
Dopo il 30 Aprile 2024: 1600,00€ + IVA (22%)
Comprende quanto sopra indicato per gli Oculisti.
- Differenza camera DUS 400,00€ + IVA (22%)
- Solo Iscrizione al Congresso:** 950,00€ + IVA (22%)
- Tassa di soggiorno dai 10 anni: 4,00€ a persona a notte**

QUOTE ACCOMPAGNATORI

Contattare la segreteria per le quote degli accompagnatori:
Tel: 06 87 188 886, Email: b.ejlli@formazioneeventisrl.it

N. B.: Nella quota di partecipazione **NON È COMPRESO** il biglietto aereo ed il trasferimento da e per l'aeroporto.
Il servizio di trasferimento di gruppo è su prenotazione ed il costo dipende dal numero delle persone.

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 dell'evento.

*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 _____