

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

## Chirurgia del Glaucoma: Quale Opzione

**Cuneo, 5 Novembre 2022**

\*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 per Medici Chirurghi in Oftalmologia è di 250,00 € (Iva inclusa)**

**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 per email insieme alla copia del bonifico all'indirizzo:  
eventi@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 \_\_\_\_\_