

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

## 3° Convegno NEW TRENDS IN EYE CANCER RESEARCH AND TREATMENT

**Pisa, 10 - 11 Maggio 2019**

\*Cognome \_\_\_\_\_ \*Nome \_\_\_\_\_  
\*Indirizzo \_\_\_\_\_ \*CAP \_\_\_\_\_  
\*Città \_\_\_\_\_ \*Prov. \_\_\_\_\_  
\*Tel \_\_\_\_\_ \*Email \_\_\_\_\_  
\*C.F. \_\_\_\_\_ \*Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_  
\*Qualifica \_\_\_\_\_ \*Az. Osp /Ente \_\_\_\_\_

\*Inquadramento professionale:

Libero Professionista  Dipendente  Convenzionato

\*Professione:

Medici Chirurghi in Oftalmologia  Radioterapisti  Infermieri  Ortottisti/Assistenti di Oftalmologia

**La quota d'iscrizione è di 61,00€ (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, 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 via fax insieme alla copia del bonifico 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 "Regolamento UE 2016/679"

Accetto

Non Accetto

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