

SCHEDA D'ISCRIZIONE

17° Congresso Nazionale S.I.U.M.I.O.

Milano, 9-10 Febbraio 2024

*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 i Medici è di:

€ 150,00 IVA inclusa entro il 6 Gennaio 2024

€ 190,00 IVA inclusa dopo il 6 Gennaio 2024

La partecipazione è gratuita per:

Ortottisti, Specializzandi, Infermieri

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 insieme alla copia del bonifico all'indirizzo mail: eventi@formazioneeventisrl.it.

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

Accetto

Non Accetto

Data _____ Firma _____