

SCHEMA D'ISCRIZIONE

19° Congresso Nazionale S.I.U.M.I.O.

Roma, 6-7 Febbraio 2026

*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 2026

☐ € 190,00 IVA inclusa dopo il 6 Gennaio 2026

La partecipazione è gratuita per:

Ortottisti, Specializzandi, Infermieri

☐

☐

☐

Coordinate Bancarie: Conto intestato a Formazione ed Eventi srl

Unicredit Banca di Roma - IBAN : IT88U0200805265000401320851

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:
info@formazioneeventisrl.it.**

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

☐
Accetto

☐
Non Accetto

Data _____ Firma _____