



SCHEDA DI ISCRIZIONE

(scrivere in stampatello)

COGNOME _____ NOME _____

DATA di NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

C.A.P. _____ CITTA' _____ PROV. _____

TEL _____ FAX _____ CELL _____

E-MAIL _____

Desidero Partecipare al Corso (indicare una preferenza):

Esame dell'Acuità Visiva

Microperimetria

Contattologia

Quote di Iscrizione

	Entro il 30/05/2014	Dopo il 30/05/2014
<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOraO (partecipanti al Congresso Nazionale)	gratuito	
<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOraO (non partecipanti al Congresso Nazionale)	<input type="checkbox"/> € 35 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 65 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Ortottisti - non Soci AIOraO	<input type="checkbox"/> € 120 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 150 (IVA compresa)

Il Corso prevede crediti ECM per:

Ortottisti Assistenti di Oftalmologia: Posti disponibili 40

Dati per fatturazione:

(scegliere una delle due opzioni - almeno una è obbligatoria)

Fattura intestata a me stesso/a C.F. _____

Fattura intestata ad Azienda e pertanto comunico dati per fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

Trasmetto la cifra per mezzo:

ASSEGNO BANCARIO O CIRCOLARE non trasferibile intestato a: Centro Organizzazione Congressi N° _____ Banca _____

BONIFICO BANCARIO intestato a: Centro Organizzazione Congressi

Monte dei Paschi di Siena Ag Taormina Coordinate

IBAN: IT 04 K 01030 82591 000061119690

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del (Decreto Legislativo) DL n° 196 del 30 Giugno 2003

Data _____ Firma _____

Da inviare a:

Centro Organizzazione Congressi - fax: 0942.24251 - e-mail: centrocongressi@tao.it