



Evento residenziale ad elevato contenuto pratico SEMORI  
**Management in riabilitazione**  
Caltanissetta 17 settembre 2011

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

(scrivere in stampatello)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E- MAIL \_\_\_\_\_

**Apertura iscrizioni il 27/06/2011**  
(non si accettano iscrizioni prima di tale data)

Apertura iscrizioni dal <b>27/06/2011</b>	Entro il 15/07/2011	Dopo il 15/07/2011 compatibilmente con i posti resisi vacanti
<input type="checkbox"/> Ortottisti- Soci AIOraO	<input type="checkbox"/> € 50 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 100 (IVA compresa)

**Il Corso prevede crediti ECM per 30 Ortottisti Assistenti di Oftalmologia**

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 36 V 01030 82590

000000153225 motivazione "SEMORI Caltanissetta 11"

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 – Via Miss Mabel Hill,9 98039 Taormina (Me)**

**tel. 0942.24293 fax: 0471.1722001 e-mail: info@semori.it**

**L'iscrizione al Corso deve considerarsi tacitamente accettata salvo nostro avviso contrario**