

05 Novembre 2011

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**  
(scrivere in stampatello)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
 C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_  
 E- MAIL \_\_\_\_\_

**Apertura iscrizioni il 08/10/2011**

Apertura iscrizioni dal 08/10/2011	Entro il 02/11/2011	Dopo il 02/11/2011
<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOraO	<input type="checkbox"/> € 25 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)

Il Corso prevede crediti ECM per:  
Ortottisti Assistenti di Oftalmologia: Posti disponibili n. 50

**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
- VERSAMENTO sul CC POSTALE n. 15969983 intestato a: AIOraO

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: 0942.24251 e-mail: centrocongressi@tao.it

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