

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(scrivere in stampatello)

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

Apertura iscrizioni il 18/04/2011

(non si accettano iscrizioni prima di tale data)

Apertura iscrizioni dal 18/04/2011	Entro il 07/05/2011	Dopo il 08/05/2011
<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOrAO	<input type="checkbox"/> € 25 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Medici e Logopedisti	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 75 (IVA compresa)

Il Corso prevede crediti ECM per:
 Ortottisti Assistenti di Oftalmologia: posti disponibili n. 50
 Medici di Neuropsichiatria Infantile: posti disponibili n. 10
 Logopedisti: posti disponibili n. 10

Dati per la 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 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 (unitamente all'assegno o alla copia dell'avvenuto bonifico o versamento) 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