



V Corso di aggiornamento AIOraO Lazio  
Aula Didattica, Istituto di Oftalmologia, Policlinico Gemelli

Largo Agostino Gemelli 8, 00168 Roma

Roma 12 novembre 2011

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

E-mail (necessario) \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Quota di iscrizione (IVA inclusa)**  
(apertura iscrizioni 17 ottobre 2011)

apertura iscrizioni 17 ottobre 2011	entro il 02/11/11	dopo il 02/11/11
<b>Ortottista – Socio AIOraO</b>	<b>€ 25 (IVA compresa)</b>	<b>€ 60 (IVA compresa)</b>

Il Corso prevede crediti ECM per:  
Ortottisti Assistenti di Oftalmologia: Posti disponibili n. 35

**Dati per fatturazione**

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

Scaricabile direttamente dal sito [www.aiorao.it](http://www.aiorao.it)