



# 46<sup>o</sup> Congresso Nazionale AIOraO

Associazione Italiana Ortottisti  
Assistenti in Oftalmologia

Hotel Majestic Torino  
12-14 giugno 2014

## SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

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

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

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

E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

Iscrizione entro il 30 Maggio 2014

Iscrizione dopo il 30 Maggio 2014

<input type="checkbox"/> Socio AIOraO <b>professionista</b>	<input type="checkbox"/> € 150,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 200,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Socio AIOraO <b>studente</b>	<input type="checkbox"/> € 100,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 150,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Medico specializzato	<input type="checkbox"/> € 250,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 300,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Medico specializzando	<input type="checkbox"/> € 180,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 230,00 IVA inclusa
<input type="checkbox"/> Ortottisti non soci	<input type="checkbox"/> € 250,00 IVA inclusa	<input type="checkbox"/> € 300,00 IVA inclusa

La quota di iscrizione comprende:

i corsi del giorno 12 giugno, i pranzi del 13 e del 14 giugno, traduzione simultanea nei giorni 13 e 14 giugno.

### CORSI DEL GIORNO 12 GIUGNO 2014

*È obbligatorio prenotarsi se si intende partecipare*

*ore 9.00 - 13.00 max 50 persone a corso*

- Corso 1** **TURBE NEUROVISIVE DEL BAMBINO**
- Corso 2** **DSA DIAGNOSI E TRATTAMENTO**
- Corso 3** **REFRAZIONE E STRABISMO**
- Corso 4** **VALUTAZIONE PREOPERATORIA DI UNO STRABISMO**
- Corso 5** **IPOVISIONE IN ETÀ PEDIATRICA**

*ore 15.00 - 18.00*

- Corso** **RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE**

Fattura intestata a: \_\_\_\_\_

P. I. dell'intestatario

*Esigenze particolari riguardo la fatturazione (intestazioni, descrizione, esenzione I.V.A., etc.) andranno comunicate contestualmente all'iscrizione. Non possono essere effettuate variazioni sulle fatture emesse).*

**Modalità di pagamento:**

Carta di credito:     VISA     MASTERCARD     CARTA SI

N.  data scadenza  CVC

Intestata a: \_\_\_\_\_

per importo di € \_\_\_\_\_ + 4% spese bancarie

Assegno bancario n° \_\_\_\_\_ per importo di € \_\_\_\_\_  
intestato a Centro Organizzazione Congressi

Bonifico bancario intestato a (allegare fotocopia):  
Centro Organizzazione Congressi - Monte dei Paschi di Siena  
Ag. di Taormina Coordinate IBAN: **IT 04 K 01030 82591 000061119690** (nuove coordinate)  
*Il solo bonifico non accompagnato dalla scheda non equivale alla iscrizione.*  
Verranno prese in considerazione soltanto le schede accompagnate dalla relativa quota di iscrizione.

**Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del (Decreto Legislativo) DL n° 196 del 30 Giugno 2003**  
I Suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale al fine di documentare la sua partecipazione a Congressi, Eventi, Meeting organizzati dal Centro Organizzazione Congressi e trattamenti derivanti da obblighi di Legge. I dati saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa, nonché alle competenti Autorità secondo le prescrizioni di legge. Il conferimento dati a tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione al Congresso. Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento al trattamento dei miei dati personali ed al loro utilizzo per le finalità sopra indicate.

Sono consapevole che ai fini di ottenere i crediti ECM dovrò frequentare l'evento al 100% e in tal senso ho preso visione dal programma dell'orario di chiusura dell'evento, non insisterò quindi con gli organizzatori ed in caso di necessità prenderò solo l'attestato di partecipazione senza ECM.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Da inviare entro il **30/05/2014** a:  
**Centro Organizzazione Congressi** Via Miss Mabel Hill, 9 - 98039 TAORMINA (ME)  
Tel. 0942.24293 Fax: 0942.24251 - E.mail: centrocongressi@tao.it