



Corso di Aggiornamento AIOraO  
Evento n.71-141088 - La Biometria con IOL Master

SAN GIOVANNI ROTONDO-OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA

24 OTTOBRE 2015

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
DATA di NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_ \_ \_ \_ \_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

Apertura iscrizioni il 25 SETTEMBRE 2015

	Entro il 19 OTTOBRE	Dopo il 19 OTTOBRE
<input type="checkbox"/> Ortottisti - Soci AIOraO	<input type="checkbox"/> € 45 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> Ortottisti NON soci AIOraO	<input type="checkbox"/> € 140 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 170 (IVA compresa)

Il Corso prevede crediti ECM per:  
Ortottisti Assistenti di Oftalmologia

Dati per fatturazione: almeno una opzione è obbligatoria

- Fattura intestata a me stesso/a C.F. \_ \_ \_ \_ \_  
 Fattura intestata ad Azienda Privata - dati per fatturazione:

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

- Fattura intestata ad Azienda Pubblica - dati per il pagamento e la fatturazione:

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

CODICE UNIVOCO AZIENDALE \_ \_ \_ \_ \_ MAIL (pec) \_\_\_\_\_

Trasmetto la cifra per mezzo:

- ASSEGNO BANCARIO O CIRCOLARE intestato a: Centro Organizzazione Congressi

N° \_\_\_\_\_ Banca \_\_\_\_\_

- BONIFICO BANCARIO intestato a : Centro Organizzazione Congressi

Banca: Monte dei Paschi di Siena - IBAN: IT 04 K 01030 82591 000061119690

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 - fax: 0942.24251 - e-mail: centrocongressi@tao.it

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