



Evento SEMORI

“Il bambino ipovedente: dalla presa in carico alla riabilitazione”

Bergamo, 16 ottobre 2015

Az.Osp. Papa Giovanni XXIII

Piazza OMS n° 1, Bergamo 24127

Ingresso: Torre 7 al Piano Terra aule 4 e 5

SCHEDA D'ISCRIZIONE

(Scrivere chiaramente in stampatello maiuscolo)

Cognome _____ Nome _____

Nata/o il ___/___/___ a _____ C.F:

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

E-mail. _____

Apertura iscrizioni il 02/09/2015	Entro il 02/10/2015	Dopo il 02/10/2015
<input type="checkbox"/> Ortottista socio	<input type="checkbox"/> € 25 (iva compresa)	<input type="checkbox"/> € 60 (iva compresa)
<input type="checkbox"/> Studente Ortottista socio	<input type="checkbox"/> € 10 (iva compresa)	<input type="checkbox"/> € 30 (iva compresa)
<input type="checkbox"/> Ortottista non socio	<input type="checkbox"/> € 100 (iva compresa)	<input type="checkbox"/> € 120 (iva compresa)
<input type="checkbox"/> Medici	<input type="checkbox"/> € 50 (iva compresa)	<input type="checkbox"/> € 80 (iva compresa)

Il corso è a numero chiuso e prevede **100 partecipanti**:

n° **90** posti per **professionisti** con crediti ECM e n°10 posti (senza crediti) per gli **studenti di Ortottica**

L'iscrizione al corso dà diritto a: partecipazione ai lavori scientifici, attestato di partecipazione, crediti ECM (con il superamento dei test finali e la frequenza al 100% dell'evento), coffee break e lunch

E' possibile iscriversi **GRATUITAMENTE** alla seduta plenaria del giorno successivo (17/10) accedendo al sito:
<http://www.conferencecenter.it>

L'iscrizione al Corso deve considerarsi tacitamente accettata salvo nostro avviso contrario; le quote d'iscrizione versate saranno rimborsate, epurate dalle spese ricevendone richiesta formale entro il 02/10/2015 (successivamente non sarà dovuto nessun rimborso).

Dati per la fatturazione: scegliere una delle due opzioni (almeno una delle due è obbligatoria)

- Fattura intestata a me stesso/a
 Ad Azienda pubblica Ad Azienda privata e pertanto comunico i dati per la fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Partita 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 04 K 01030 82591 000061119690**
con causale: **“Evento Bergamo 2015”**

- Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.LGS. n.196 del 30/06/2003.
 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.
 Ho preso nota di tutte le informazioni ivi contenute

Data _____

Firma _____

Da inviare a: **SEMORI fax: 0942 24251 e-mail: info@semori.it**