



# Evento SEMORI "OCCHIO POSTURA EQUILIBRIO VARIE FIGURE A CONFRONTO"

Pesaro 26 settembre 2015

Piano formativo 2015	Revisione aprile 2015
Iscrizione	Mod. 2

## SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
E-mail. \_\_\_\_\_

Iscrizioni dal 15/07/2015 al 30/07/2015 e dal 25/08/2015	Entro il 12/09/2015	Dopo il 12/09/2015
<input type="checkbox"/> <b>ortottista socio</b>	<input type="checkbox"/> € 25 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 60 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> <b>medici, fisioterapisti, odontoiatri</b>	<input type="checkbox"/> € 50 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 80 (IVA compresa)
<input type="checkbox"/> <b>ortottista non socio</b>	<input type="checkbox"/> € 100 (IVA compresa)	<input type="checkbox"/> € 120 (IVA compresa)

**Il corso prevede 7 crediti ECM per: n 100 professionisti;  
per i primi 10 studenti in ortottica soci l'iscrizione sarà gratuita**

L'iscrizione al corso da diritto a: partecipazione ai lavori scientifici, attestato di partecipazione, crediti ECM (con il superamento dei test finali e la frequenza al 100% dell'evento). 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 **12/09/2015**.

### Dati per fatturazione:

**Scegliere una delle due opzioni; almeno una delle due 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** 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** **motivazione** **Evento SEMORI Pesaro 2015**

† Si autorizza il trattamento dei dati personali in base al D.LGS.196/2003

† 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](mailto:info@semori.it)**