

Scheda di iscrizione
(scrivere in stampatello)

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

Le iscrizioni sono aperte	<i>Entro il 30/09/10</i>	<i>Dopo il 30/09/10</i>
Soci AIOraO	20 € (IVA compresa)	50 € (IVA compresa)
Soci AIOraO studenti	20 € (IVA compresa)	50 € (IVA compresa)
Medici	50 € (IVA compresa)	70 € (IVA compresa)

Posti disponibili: 100

- 80 Ortottisti
- 20 Medici

Trasmetto la cifra per mezzo:

- BONIFICO BANCARIO intestato a : Centro Organizzazione Congressi Monte dei Paschi di Siena Ag. Taormina Coordinate IBAN: IT 36 V 01030 82590 000000153225
- Assegno bancario n° _____ della Banca _____ intestato a Centro Organizzazione Congressi

Dati per fatturazione :

Fattura intestata a me stesso/a C.F:

Ad Azienda e pertanto comunico dati per fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____

Esente IVA si no Partita Iva

Si autorizza il trattamento dei dati personali in base alla legge 675/96

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 30/09/2010 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.