

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Novita' in Oftalmologia

Ostia, 9 Maggio 2014

*Cognome _____ *Nome _____

*Indirizzo _____ *CAP _____

*Città _____ *Prov. _____

*Tel _____ *Email _____

*C.F. _____ *Luogo e Data di Nascita _____

*Qualifica _____ *Az. Osp /Ente _____

*Professione: _____

La quota d'iscrizione è di 61,00€ (IVA compresa) per:

Medico Chirurgo in Oftalmologia

Ortottista/Assistente di Oftalmologia

Infermiere

Coordinate Bancarie: Conto intestato a Formazione ed Eventi srl

Unicredit Banca di Roma - IBAN : IT 88 F 02008 05030 000401320851

Dati per la fatturazione:

Intestare a: _____

P.IVA e/o Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

*N. B. Compilare il modulo in tutti i campi e mandare via fax al numero: 066833645
insieme alla copia del bonifico*

**Trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successivi vigenti

Accetto

Non Accetto

Data _____ Firma _____