SCHEDA D'ISCRIZIONE

GlaucoRetina: 2° Parte

Roma, 2 Dicembre 2022

*Cognome_____*Nome _____

*Indirizzo_____*CAP_____

*Città_____*Prov. _____

*Tel_____*Email _____

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

*Qualifica_____*Az. Osp /Ente _____

*Professione:_____

*Inquadramento professionale: Libero Professionista ☐ Dipendente ☐ Convenzionato ☐

La quota d'iscrizione è di 122,00 € (Iva inclusa)

☐ 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

Indicare nella causale del bonifico: Cognome e Nome dell'iscritto, e titolo del corso FAD.

Dati per la fatturazione:

Intestare a:_____

P.IVA e/o Codice Fiscale: _____

Codice Univoco (solo per i posessori di partita IVA): _____

Indirizzo:_____

N. B. Compilare il modulo in tutti i campi e mandare insieme alla copia del bonifico via email all'indirizzo: **eventi@formazionedeventisrl.it**

**Trattamento dei dati personali ai sensi del "Regolamento UE 2016/679"

Accetto ☐ Non Accetto ☐

Data_____ Firma _____