

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Uveiti-Training Day

6° Edizione

Milano, 9 Maggio 2025

*Cognome _____ *Nome _____

*Indirizzo _____ *CAP _____

*Città _____ *Prov. _____

*Tel _____ *Email _____

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

*Qualifica _____ *Az. Osp /Ente _____

*Professione _____ *Disciplina _____

*Inquadramento professionale:

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

La quota d'iscrizione è di:

Medici Chirurghi in Oftalmologia 122,00€ (Iva inclusa)

Medici Chirurghi in Reumatologia 122,00€ (Iva inclusa)

Specializzandi in Oftalmologia 61,00€ (Iva inclusa)

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, città e data del corso.

Dati per la fatturazione:

Intestare a: _____

P.IVA e/o Codice Fiscale: _____

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

Indirizzo: _____

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

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

Accetto

Non Accetto

Data _____ Firma _____