

# SCHEMA D'ISCRIZIONE

## Urgenza in Neuroftalmologia: dal Caso Clinico alla Diagnosi

Roma, 22 Novembre 2024

\*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 183,00€ (Iva compresa)

Medico Chirurgo in Oftalmologia                       Medico Chirurgo in Neurologia                       Infermieri

Medico Chirurgo in Medicina D'Urgenza                       Ortottisti/Assistenti di Oftalmologia

Specializzandi in Oftalmologia - 61,00€ (Iva compresa)

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:**

Intestarea: \_\_\_\_\_

P.IVA e/o Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

**N. B. Compilare il modulo in tutti i campi e mandare per email insieme alla copia del bonifico a: [eventi@formazioneeventisrl.it](mailto:eventi@formazioneeventisrl.it)**

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

Accetto

Non Accetto

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_