

SCHEMA D'ISCRIZIONE Corso FAD

Guida alla gestione medica e chirurgica del paziente
portatore di protesi in età pediatrica e adulta

Online dal 4 Settembre 2025 al 31 Dicembre 2025

*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 250,00 € (Iva inclusa)

☐

Medico Chirurgo in Oftalmologia

☐

Ortottista/Assistente di Oftalmologia

Coordinate Bancarie: Conto intestato a Formazione ed Eventi srl
Unicredit Banca di Roma - IBAN : IT88U0200805265000401320851

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 possessori di partita IVA): _____

Indirizzo: _____

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

**Le credenziali d'accesso saranno inviate per email entro 10 giorni lavorativi
dal ricevimento di questa scheda.**

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

☐

Accetto

☐

Non Accetto

Data _____ Firma _____