

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

## V Congresso SOR (Società Oftalmologica Romana e del Lazio)

Roma, 26 Settembre 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:

- Gratis - Soci SOR (in regola con la quota annuale 2024)                       Gratis - Ortottisti, infermieri e Specializzandi  
 219,60€ (Iva compresa) Medico Chirurgo in Oftalmologia

**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 all'indirizzo email: [info@formazioneeventisrl.it](mailto:info@formazioneeventisrl.it)**

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

Accetto

Non Accetto

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