

SCHEDA D'ISCRIZIONE

3° Nutraceutica e Occhio

Roma, 15 Ottobre 2016

*Cognome _____ *Nome _____

*Indirizzo _____ *CAP _____

*Città _____ *Prov. _____

*Tel _____ *Email _____

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

*Qualifica _____ *Az. Osp /Ente _____

*Professione: _____

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

- Medico Chirurgo in Oftalmologia
- Farmacisti Ospedalieri
- Farmacisti Territoriali

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: _____

Indirizzo: _____

*N. B. Compilare il modulo in tutti i campi e mandare via fax al numero: 066833645
insieme alla copia del bonifico*

**Trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successivi vigenti

Accetto

Non Accetto

Data _____ Firma _____