

SCHEDA D'ISCRIZIONE

6° Convegno NEW TRENDS IN EYE CANCER RESEARCH AND TREATMENT

Pisa, 19-20 Novembre 2027

*Cognome _____ *Nome _____

*Indirizzo _____ *CAP _____

*Città _____ *Prov. _____

*Tel _____ *Email _____

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

*Qualifica _____ *Az. Osp /Ente _____

*Inquadramento professionale:

☐

Libero Professionista

☐

Dipendente

☐

Convenzionato

*Professione:

☐

Medico chirurgo in Oftalmologia

☐

Medico chirurgo in Radioterapia

☐

Medico chirurgo in Oncologia

☐

Medico chirurgo in Anatomia Patologica

☐

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

La quota d'iscrizione è di 150,00€ (Iva inclusa)

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, 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:
info@formazioneeventisrl.it**

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

☐

Accetto

☐

Non Accetto

Data _____ Firma _____