Evento **"Refrazione e Contattologia"**
Napoli 29-30 Gennaio 2015

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome_____Nome_____
Indirizzo_____
CAP_____Città_____Prov._____
Tel._____Fax_____Cell._____
E-mail._____

Apertura iscrizioni dal 07/01/2015	Entro il 23/01/2016	Dopo il 23/01/2016
□ **Ortottista socio**	□ € 25 (IVA compresa)	□ € 60 (IVA compresa)
□ **Ortottista non socio**	□ € 100 (IVA compresa)	□ € 120 (IVA compresa)
□ **Oftalmologo**	□ € 50 (IVA compresa)	□ € 80 (IVA compresa)

Il corso prevede 12 crediti ECM per: n. 80 Ortottisti e 10 oftalmologi
L'iscrizione al corso da diritto a: partecipazione ai lavori scientifici, attestato di partecipazione, crediti ECM (con il superamento dei test finali e la frequenza al 100% dell'evento). L'iscrizione al Corso deve considerarsi tacitamente accettata salvo nostro avviso contrario; le quote d'iscrizione versate saranno rimborsate, epurate dalle spese ricevendone richiesta formale entro **23/01/2016**

Dati per fatturazione:
Scegliere una delle due opzioni; almeno una delle due è obbligatoria:
□ Fattura intestata a **me stesso/a** C.F. _
Fattura intestata ad **Azienda Privata** - dati per fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

□ Fattura intestata ad **Azienda Pubblica** – dati per il pagamento e la fatturazione:

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

CAP _____ CITTA' _____ P. IVA _____

CODICE UNIVOCO AZIENDALE _ _ _ _ _ _ MAIL (pec) _____

Trasmetto la cifra per mezzo:
□ **ASSEGNO BANCARIO O CIRCOLARE** non trasferibile intestato a: Centro Organizzazione Congressi
N°_____ Banca_____

□ **BONIFICO BANCARIO** intestato a : Centro Organizzazione Congressi
Monte dei Paschi di Siena Ag Taormina Coordinate IBAN: **IT 04 K 01030 82591 000061119690 motivazione Evento "Refrazione e Contattologia"**

□ Si autorizza il trattamento dei dati personali in base al D.LGS.196/2003

□ Sono consapevole che ai fini di ottenere i crediti ECM dovrò frequentare l'evento al 100% e in tal senso ho preso visione dal programma dell'orario di chiusura dell'evento, non insisterò quindi con gli organizzatori ed in caso di necessità prenderò solo l'attestato di partecipazione senza ECM.

□ Ho preso nota di tutte le informazioni ivi contenute

Data _____ Firma_____

da inviare al fax: 0942 24251 e-mail: centrocongressi@tao.it