

# SCHEDA D'ISCRIZIONE

## 3° Congresso Internazionale AISG

(Associazione Italiana per lo Studio del Glaucoma)

**Torino, 7 - 9 Marzo 2019**

\*Cognome \_\_\_\_\_ \*Nome \_\_\_\_\_

\*Indirizzo \_\_\_\_\_ \*CAP \_\_\_\_\_

\*Città \_\_\_\_\_ \*Prov. \_\_\_\_\_

\*Tel \_\_\_\_\_ \*Email \_\_\_\_\_

\*C.F. \_\_\_\_\_ \*Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_

\*Qualifica \_\_\_\_\_ \*Az. Osp /Ente \_\_\_\_\_

\*Professione \_\_\_\_\_ \*Disciplina \_\_\_\_\_

\*Inquadramento professionale:

Libero Professionista

Dipendente

Convenzionato

La quota d'iscrizione è di:

Medici Chirurghi in Oftalmologia 305,00€ (Iva inclusa)

Specializzandi in Oftalmologia 61,00€ (Iva inclusa)

**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 insieme alla copia del bonifico al nr: 06 87 192 213 o via email all'indirizzo: [eventi@formazioneeventisrl.it](mailto:eventi@formazioneeventisrl.it).**

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

Accetto

Non Accetto

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