Corso di Aggiornamento AIOrAO *Marche*
EVENTO n.71-429828 Ed.1
UNO, NESSUNO, CENTOMILA
LE COMPETENZE DELLA FIGURA DELL'ORTOTTISTA
ASSISTENZE IN OFTALMOLOGIA: PERCORSO CHIRURGICO

FALCONARA MARITTIMA, HOTEL TOURING, 05 OTTOBRE 2024

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

DATA di NASCITA _____ CODICE FISCALE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TEL _____ E-MAIL _____

Apertura iscrizioni il 05/09/2024

	Entro il 28/09/2024	Dopo il 28/09/2024
☐ **Ortottisti, *Soci AIOrAO***	☐ **€ 25 (IVA compresa)**	☐ **€ 60 (IVA compresa)**
☐ **Medico Chirurgo-*Oftalmologo***	☐ **€ 50 (IVA compresa)**	☐ **€ 80 (IVA compresa)**
☐ **Ortottisti *NON soci AIOrAO****	☐ **€ 110 (IVA compresa)**	☐ **€ 140 (IVA compresa)**
☐ **Studenti *Ortottisti, Soci AIOrAO***	☐ **gratuito**	☐ **€ 25 (IVA compresa)**

Il Corso prevede crediti ECM per: Ortottisti e Oftalmologi

Dati per fatturazione: ***almeno una opzione 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:

☐ **BONIFICO BANCARIO** intestato a: Centro Organizzazione Congressi
Banca: Monte dei Paschi di Siena - IBAN: **IT 04 K 01030 82591 000061119690**

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del (Decreto Legislativo) DL n°196 del 30 Giugno 2003

Data_____ Firma_____

da inviare a: Centro Organizzazione Congressi - e-mail: centrocongressi@tao.it

L'iscrizione al Corso deve considerarsi tacitamente accettata salvo nostro avviso contrario