Corso di Aggiornamento AIOrAO *Sicilia*
EVENTO n.71- 462501
ORTOTTICA:
INTERDISCIPLINARIETA' E INTERPROFESSIONALITA'

Ragusa , 11 Ottobre 2025

SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

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

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TEL _____ E-MAIL _____

Apertura iscrizioni 8 settembre 2025

	Entro il 03/10/2025	Dopo il 03/10/2025
❑ **Ortottisti - Soci AIOrAO**	❑ **€ 25 (IVA compresa)**	❑ **€ 60 (IVA compresa)**
❑ ***Ortottisti NON soci AIOrAO****	❑ **€ 110 (IVA compresa)**	❑ **€ 140 (IVA compresa)**
❑ **Studenti Ortottisti - Soci AIOrAO**	❑ **gratuito (ammessi 5 studenti)**	

Il Corso prevede crediti ECM per:
Ortottisti Assistenti di Oftalmologia
*** Per gli Ortottisti non soci che si iscrivono contestualmente all'associazione e al corso, il costo della quota associativa sarà senza mora**

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) _____

N°_____Banca_____

❑ **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 - fax: 0942.24251 - e-mail: centrocongressi@tao.it

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