Associazione Italiana ORTOTTISTI Assistenti in Oftalmologia

**Corso di Aggiornamento AIOrAO *Campania***
***EVENTO n.71-465638***
***L'APPROCCIO DELL'ORTOTTISTA NELLA VALUTAZIONE E NELLA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE IPOVEDENTE A TUTTE LE ETÀ***
*Napoli, 7 Novembre 2025*

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

DATA di NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

TEL _____ E-MAIL _____

**Apertura iscrizioni 7 ottobre 2025**

| | Entro il 31/10/2025 | Dopo il 31/10/2025 |
|---|---|---|
| ❑ **Ortottisti - Soci AIOrAO** | ❑ **€ 25 (IVA compresa)** | ❑ **€ 60 (IVA compresa)** |
| ❑ ***Ortottisti NON soci AIOrAO**** | ❑ **€ 110 (IVA compresa)** | ❑ **€ 140 (IVA compresa)** |
| ❑ **Studenti Ortottisti - Soci AIOrAO** | ❑ **€ 10 (IVA compresa)** | |

**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 sas di Carola Calandruccio**
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