"CONTATTOLOGIA PEDIATRICA MULTIDISCIPLINARE"

25 settembre 2017

Università degli studi di Padova

Aula Rostagni, via Paolotti 9

Modulo di Iscrizione

DATI ANAGRAFICI

Cognome ..... Nome ..... Sesso M F

Comune (o stato estero) di nascita ....(.....) Data di nascita ....

Residenza Via/Piazza ..... N° ..... Città .....

CAP..... Professione..... Tel. ..... Cel. .....

e-Mail .....

CF

P.IVA

DATI PER LA FATTURAZIONE (Solo se diversi dai dati anagrafici)

Ragione Sociale ..... Via/Piazza .....

N° ..... Città ..... (.....) CAP ..... Tel. .....

CF

P.IVA

SOPTI
Società Optometrica Italiana

❍ Quota di partecipazione socio Sopti	€. 80,00
❍ Quota di partecipazione non socio Sopti	€.120,00
❍ Quota di partecipazione studenti*	€.gratuito
❍ Quota di partecipazione docenti UNIPD	€.gratuito
❍ Quota di partecipazione ex studenti UNIPD*	€. 50,00

*quota applicabile agli under 25 anni

PAGAMENTO CON BONIFICO BANCARIO

Allego copia del bonifico bancario intestato a: SOPTI

Banca MONTE DEI PASCHI DI SIENA

Iban IT57U0103041750000001538667

causale: ISCRIZIONE "CONTATTOLOGIA PEDIATRICA MULTIDISCIPLINARE"

❍ Acconsento al trattamento dei dati personali ❍ Non acconsento al trattamento dei dati personali

Data ..... Firma .....

** non è previsto un rimborso dopo il 10 settembre