



MODULO ISCRIZIONE
LUNEDÌ • 17 GIUGNO 2019 • LENTI A CONTATTO CORNEO-SCLERALI E SCLERALI

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nome negozio ottica _____

Indirizzo _____ n. _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____

Tel. fisso _____ Cell. _____ Fax _____

indirizzo e-mail _____

Se desidera segnalare la presenza di uno o più accompagnatori (si farà un sconto sull'iscrizione totale) riporti di seguito nome ed indirizzo del/i partecipante/i: _____

Lei è già in possesso dei seguenti strumenti:

- TOPOGRAFO

- LAMPADA A FESSURA digitale

- LAMPADA A FESSURA con acquisizione immagini

SI NO

Marca _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

Viene richiesto il pagamento al momento dell'iscrizione tramite bonifico bancario su c/c intestato a Esavision Technology S.r.l. presso

BANCO POPOLARE VERONA AG. 21 CODICE IBAN IT10W050341172900000000089

Gentilmente inviare via fax al numero 045 8342773 o via mail info@esavision.it (la contabile unitamente alla scheda di iscrizione).

Data _____ Firma _____

ESTREMI PER LA FATTURAZIONE:

Rag. Sociale _____

Indirizzo _____ n. _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____

Tel. fisso _____ Fax _____

Codice Fiscale / P.Iva _____

Codice SDI per la fatturazione elettronica _____

Eventuale indirizzo Pec _____

* In osservanza al disposto della legge 675/96 si informa che i dati sopra riportati verranno registrati nella banca dati della segreteria organizzativa esclusivamente ai fini fiscali ed amministrativi.

