



**MODULO ISCRIZIONE • LUNEDÌ 1 APRILE 2019
LE COMPLICANZE IN RELAZIONE AL PORTO DI LENTI A CONTATTO**

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 **VALPOLICELLA BENACO BANCA (IBAN IT95V0831511700000010010013)**

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.

