



esavision

T E C H N O L O G Y

## MODULO ISCRIZIONE • LUNEDÌ 27 MAGGIO 2019 "FILM LACRIMALE E 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](mailto: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 \_\_\_\_\_

\* 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.



ESAVISION Technology S.r.l.

Corso Milano 110 A - 37138 Verona - Tel: +39 045 835 2451 - Fax: +39 045 834 2773

E-mail: [info@esavision.it](mailto:info@esavision.it) - [www.esavision.it](http://www.esavision.it) - P.I. 0390390 023 5