



esavision

T E C H N O L O G Y

MODULO ISCRIZIONE • LUNEDÌ 16 MARZO 2020

LENTI 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:

| | SI | NO | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|
| - TOPOGRAFO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marca _____ |
| - LAMPADA A FESSURA digitale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - LAMPADA A FESSURA con acquisizione immagini | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

CONFERMA ISCRIZIONE:

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

Data _____ Firma _____



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 - www.esavision.it - P.I. 03903900235