



esavision

T E C H N O L O G Y

MODULO ISCRIZIONE • LUNEDÌ 11 MAGGIO 2020 ESAME VISUO POSTURALE - MODULO 1

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"/> | |

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 IT23C083151170000000230013 - BIC ICCRAITRR8R0)**

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.



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