



## MODULO ISCRIZIONE • LUNEDÌ 5 OTTOBRE 2020 ORTOCHERATOLOGIA AVANZATA

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) riportare 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.

