



SOCIETA' OFTALMOLOGICA SICILIANA
www.sosi-web.it

MODULO DI ISCRIZIONE

Nome Cognome _____
Indirizzo _____ CAP _____
Città _____ Prov. _____
Telefono _____ Cellulare _____ Fax _____
E-mail _____
Cod. Fiscale/ P.IVA _____
Ente di appartenenza Privato Ospedaliero Universitario
Qualifica Oculista Specializzando Ortottista

DATI PER LA FATTURAZIONE (da compilare se diversi dai dati anagrafici)

Ragione Sociale _____
Indirizzo fiscale _____ CAP. _____
Città _____ Prov. _____
Cod.Fiscale/P.IVA _____

MODALITA' DI PAGAMENTO – quota associativa

Oculista: € 50,00 Ortottista: €25.00 Specializzando e Allievo ortottista: gratis

Soci onorari*: gratis Soci corrispondenti: gratis**

* Ex Presidenti della Società e Relatori di Letture Magistrali

** Delegati residenti fuori dalla Sicilia

- **Bonifico Bancario** IBAN n°: IT 96 I 02008 16511 000300501059
intestato a Società Oftalmologica Siciliana – Causale: Iscrizione annuale SOSi
- **Assegno bancario** intestato a Società Oftalmologica Siciliana
- **Copia Pagamento Carta di Credito**

Informativa ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003: i suoi dati personali forniti nella presente occasione saranno oggetto di trattamento informatico e manuale, al fine di documentare la sua partecipazione a manifestazioni organizzate dalla Società Italiana di Chirurgia Refrattiva e a trattamenti derivanti da obblighi di legge. Essi saranno comunicati a fornitori di servizi inerenti la manifestazione per il disbrigo delle pratiche relative all'organizzazione della stessa, nonché alle competenti autorità secondo le prescrizioni di legge. Il conferimento di tali fini è obbligatorio ed essenziale per la sua partecipazione all'evento. Il titolare dei dati è la Società Italiana di Chirurgia Refrattiva. A lei competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 T.U. preso atto dell'informativa di cui sopra consento al trattamento dei miei dati personali e alle loro comunicazione per le finalità sopra indicate.

Luogo _____ Data _____ Firma _____