

ISCRIZIONE CORSO AGGIORNAMENTO
**COMPUTER VISION SYNDROME: LENTI PROGRESSIVE OCCUPAZIONALI
E A SUPPORTO ACCOMODATIVO**

IRSOO, Vinci (FI) – 24/25 Novembre 2024

Il/la sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____ Codice fiscale _____
residente in Via/Piazza _____ n. _____ cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
in possesso del titolo di Abilitazione di Ottico Diploma di Optometria Laurea in Ottica e Optometria
Altro (specificare) _____
conseguito il _____ presso _____
(dichiarazione rilasciata sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

CHIEDE

di essere iscritto/a al corso

“Computer Vision Syndrome: lenti progressive occupazionali e a supporto accomodativo”

che si terrà a Vinci nei giorni 24/25 novembre 2024.

Dati fatturazione (X campi obbligatori)

P.IVA / C.F. per emissione fattura	X	
Pec	X	
Codice destinatario	X	
Codice fiscale	X	
Indirizzo di fatturazione		
Nome e Cognome o Ragione sociale	X	
Indirizzo	X	
Codice postale	X	
Città	X	
Paese	X	
Provincia	X	
Telefono		
Fax		
E-mail	X	
IBAN		

Costo del corso: Euro 240,00 + IVA 22%

Modalità di versamento: Bonifico bancario intestato a IRSOO srl, Piazza della Libertà 18, 50059 Vinci. Banca INTESA SAN PAOLO – Larciano, Piazza Vittorio Veneto 27 - IBAN IT40C0306970415100000003272.

Data ____/____/____