

SCHEDA d'ISCRIZIONE ALLA ASSOCIAZIONE ITALIANA STRABISMO  
(A.I.S.) 2024/2025

NOME.....

COGNOME .....

INDIRIZZO.....

CAP..... CITTA'.....

TELEFONO.....

FAX.....

E-MAIL.....

OSPEDALE/ISTITUTO.....

QUALIFICA PROFESSIONALE

Medico oculista     Ortottista

**INTESTAZIONE FATTURA**

NOME COGNOME .....

.....

INDIRIZZO.....

CAP.....CITTA'.....

P.IVA/ COD.FISCALE.....

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi della legge 675/69

Si     No

DATA.....                      FIRMA.....

SI PREGA DI INVIARE VIA E-MAIL O PER POSTA, LA PRESENTE  
SCHEDA A:

Dr. Andrea C. Piantanida  
Segretario/Tesoriere A.I.S.  
Via Fausto Baragiola, 5  
22012 Cernobbio (Como)

e-mail:  
segreteria.ais.strabismo@gmail.com

**L'IMPORTO DI 140 EURO** VA ACCREDITATO SUL SEGUENTE  
CONTO BANCARIO PRESSO:

**BANCA BPER CERNOBBIO (Co)**

**IBAN: IT 87I0538751162000047622505**

**E' importante segnalare nel bonifico che il beneficiario è:**

**Associazione Italiana Strabismo**

**N.B. (non Dr. Andrea C. Piantanida)**