

DATOS DE INSCRIPCIÓN

APELLIDOS: NOMBRE:

TELÉFONO: E-MAIL:

HOSPITAL:

DATOS DE FACTURACIÓN

ENTIDAD:

DIRECCIÓN: C.P.: CIUDAD:

CIF/NIF: CONTACTO FACTURA: TEL.:

E-MAIL DE CONTACTO: FAX:

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN	Hasta el 8 de Octubre	Después del 8 de Octubre
Socios	410 €	470 €
Residentes socios	370 €	430 €
No socios	475 €	545 €

LA INSCRIPCIÓN INCLUYE: asistencia a sesiones científicas, documentación, cafés, comida, cena Certificado de asistencia y de acreditación. *Rogamos confirmar si es socio antes de realizar la transferencia.

Formas de pago: Transferencia bancaria **ES25 2038 1015 92 6001132588** de Caja Madrid.

Tarjeta de crédito (SÓLO VISA, NO VISA ELECTRÓN U OTRAS):

NÚMERO:

CADUCIDAD: MES AÑO

En, a ... de de 2015. Firma:

Imprescindible cumplimentar el formulario para formalizar la inscripción. Enviar al fax 915021214.

**Política de cancelación: las cancelaciones de inscripciones deben comunicarse por escrito. Los reembolsos se efectuarán una vez finalizada la reunión. Del 4 de octubre al 30 de octubre devolución del 50%. Después del 30 de octubre sin devolución.*