

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

**XXVII REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES  
INFECCIOSAS (G.T.E.I.S.) DE LA SEMICYUC**

Jueves 17 y Viernes 18 de Noviembre 2016. Valladolid

### DATOS DE INSCRIPCIÓN

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

### DATOS DE FACTURACIÓN

ENTIDAD: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_  
CIF/NIF: \_\_\_\_\_ CONTACTO FRA.: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_  
E-MAIL DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN	Hasta el 8 de Octubre	Después del 8 de Octubre
Socios	<input type="checkbox"/> <b>410 €</b>	<input type="checkbox"/> <b>470 €</b>
Residentes socios	<input type="checkbox"/> <b>370 €</b>	<input type="checkbox"/> <b>430 €</b>
No socios	<input type="checkbox"/> <b>475 €</b>	<input type="checkbox"/> <b>545 €</b>

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

Formas de pago:  Transferencia bancaria a la cuenta **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 2016. 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.*