

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"/> 410 €	<input type="checkbox"/> 470 €
Residentes socios	<input type="checkbox"/> 370 €	<input type="checkbox"/> 430 €
No socios	<input type="checkbox"/> 475 €	<input type="checkbox"/> 545 €

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.*