

Boletín de Inscripción

Por favor, envíe este boletín a:

AP Congress

C/ Narváez Nº 15 1º Izqda. 28009 Madrid.

Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959

www.dolorsemergen.com

info@dolorsemergen.com

IMPORTANTE:

- Rellene un ejemplar por congresista
- Use Mayúsculas
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... serán por cuenta del asistente
- No se cursará ninguna inscripción sin previo abono.

Datos Personales

(*)APPELLIDOS _____ (*)NOMBRE _____

(*)DIRECCIÓN _____

(*)CIUDAD _____ (*)PROVINCIA _____ (*)C.POSTAL _____

(*)TELÉFONO _____ (*)MÓVIL _____ (*)FAX _____

(*)DNI _____ (*)E-MAIL _____

Si tiene necesidades especiales de menú (vegetariano, celíaco, etc.) indíquelo aquí _____

(Es imprescindible indicar siempre un e-mail o fax)

Nota importante: Para poder remitirles los certificados con los créditos concedidos a las actividades científicas necesitamos nos indiquen sus datos completos y dirección.

Información de Inscripción

TIPO DE INSCRIPCIÓN	PRECIO INSCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> Médico socio	280,00€
<input type="checkbox"/> Médico no socio	300,00€
<input type="checkbox"/> Residente socio de SEMERGEN	200,00€

IVA incluido.

La cuota de inscripción incluye: acceso a las sesiones científicas, pausas – café y cena.

Si requiere factura le rogamos lo indique expresamente en el campo de observaciones detallando empresa/persona que factura, NIF/CIF y dirección postal. Una vez esté inscrito, puede acceder a su área personal (inscripciones>ir al formulario de inscripción>área personal) con el usuario y clave que recibió en su correo electrónico y podrá consultar los servicios adquiridos. Si usted no recuerda dichas claves puede solicitarlas en info@dolorsemergen.com

En ningún caso se realizará reembolso.

Para más información, visite www.dolorsemergen.com

Forma de pago

Mediante **transferencia bancaria** (es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia al email info@dolorsemergen.com indicando curso y asistente).

Titular de la Cuenta: Viajes Genil, S.A.

Entidad: La Caixa

IBAN: ES14 2100 7047 1102 0003 5759

BIC/SWIFT: CAIXESBBXXX

Mediante **tarjeta de crédito:** en este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta: VISA MASTERCARD AMEX

Titular: _____

Número: _____

Vencimiento: _____

Nota: los gastos de cambio de moneda y transferencia serán por cuenta del congresista.

Fecha _____

Firma _____

En cumplimiento de la Ley 15/1999 LOPD le informamos que sus datos serán incluidos en un fichero propiedad de SEMERGEN para su tratamiento con finalidades operativas de la Sociedad. Las respuestas tienen carácter obligatorio. Puede ejercer sus derechos de acceso a los datos, rectificación y cancelación mediante carta dirigida a SEMERGEN C/ Goya nº 25 - 5º Izda. de Madrid C.P.28001, o a la dirección de correo electrónico secretaria@semergen.es adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.

Una vez realizada la inscripción, podrá recibir información de diversa índole en la dirección que nos ha facilitado relacionada con los actos a realizar durante el Congreso.

Si no desea recibir dichas comunicaciones, rogamos nos lo notifique en el siguiente correo electrónico: info@dolorsemergen.com

