

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Por favor, envíe este boletín a:
AP Congress
C/ Narváez N° 15 1º Izqda. 28009 Madrid.
Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959
www.jornadaspaliativos.com
info@jornadaspaliativos.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

(*)APELLIDOS _____ (*)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)

Inscripción al congreso

TIPOS DE INSCRIPCIÓN	CUOTA
<input type="checkbox"/> SOCIOS DE SEMERGEN	200,00€
<input type="checkbox"/> NO SOCIOS SEMERGEN	300,00€
<input type="checkbox"/> RESIDENTES SOCIOS DE SEMERGEN(*)	100,00€
<input type="checkbox"/> RESIDENTES NO SOCIOS SEMERGEN(*)	200,00€

- Los precios incluyen el 21% de IVA.
- (*) Imprescindible adjuntar Certificado oficial de Residencia.
- La inscripción al Congreso incluye:
 - Documentación del Congreso.
 - Acceso a todas las sesiones científicas.
 - Almuerzo de trabajo.
 - Cafés-pausa.

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 inscripciones@jornadaspaliativos.com

Para más información y política de cancelación, acceda a www.jornadaspaliativos.com

Forma de pago

Mediante **transferencia bancaria**

Es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia al email inscripciones@jornadaspaliativos.com indicando nombre de las Jornadas y asistente. Una vez comprobemos el ingreso en nuestro extracto bancario, se notificará la confirmación de la inscripción por e-mail.

Titular de la Cuenta: **Viajes Genil, S.A.**
Entidad: **Banco Sabadell S.A.**
IBAN: **ES87 0081 0659 4600 0139 9649**
BIC: **BSABESBB**

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

Tipo de tarjeta: VISA MASTERCARD

Titular: _____

Número: _____

Vencimiento: _____

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

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.