



I CONGRESO AUTONÓMICO SEMERGEN MURCIA

CUIDAR AL PACIENTE , CUIDAR AL MÉDICO

Hotel 7 Coronas Murcia

29-30 Enero 2016



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

IMPORTANTE:

- Rellene un ejemplar por congresista
- Use Mayúsculas
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... seran por cuenta del asistente

Por favor, envíen este boletín a:

Viajes Genil

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

Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959

www.congresosemergenmurcia.com

info@congresosemergenmurcia.com

DATOS PERSONALES

(*)APELLIDOS (*)NOMBRE

(*)DIRECCIÓN

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

(*)TELÉFONO..... (*)MÓVIL (*)FAX.....

(*)DNI (*)E-MAIL.....

INSCRIPCIÓN AL CONGRESO

TIPOS DE INSCRIPCIÓN	CUOTA
<input type="checkbox"/> NO SOCIOS	100,00 €
<input type="checkbox"/> MIR NO SOCIOS (1)	60,00 €
<input type="checkbox"/> SOCIOS SEMERGEN MURCIA	Gratuita
<input type="checkbox"/> MIR SOCIOS SEMERGEN MURCIA (1)	Gratuita
<input type="checkbox"/> MÉDICOS DE FAMILIA EN PARO (1)	Gratuita**
<input type="checkbox"/> ESTUDIANTES 6º MEDICINA (1)	Gratuita***

La inscripción da derecho a:

- Asistencia a Mesas y Talleres
- Cafés-descanso
- Cóctel-Cena
- Documentación

* Almuerzo de trabajo: Solo para inscritos en Aula de Urgencias

** Médicos en paro: Documentación, Asistencia a Mesas, Talleres y cafés

*** Estudiantes: Documentación, Asistencia a Mesas, Talleres 5 y 6, y cafés

Los precios incluyen el 21% de IVA.

(1) Imprescindible adjuntar certificado oficial de Residencia o documento que acredite estado de jubilado, estudiante o parado.

Para información sobre condiciones y cancelaciones, visite la página web www.congresosemergenmurcia.com

FORMAS DE PAGO

Mediante **transferencia bancaria:**

(Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al e-mail info@congresosemergenmurcia.com indicando nombre de las Jornadas y del congresista. 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: Sabadell

IBAN: ES66 0081 0659 4200 0139 6149

BIC/SWIFT: BSABESBB

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

Tipo de tarjeta: VISA MASTERCARD AMEX

Titular

Número

Vencimiento

Nota: los gastos de transferencia y cambio de moneda 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.