

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

IMPORTANTE:

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

Por favor, envíen este boletín a:

Fase20

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

Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959

www.reunionriesgovascularsec.com

info@reunionriesgovascularsec.com

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

INSCRIPCIÓN A LA REUNIÓN ANUAL

CUOTA INSCRIPCIÓN	COSTE
<input type="checkbox"/> MIEMBRO SECCIÓN RIESGO VASCULAR Y REHABILITACIÓN CARDIACA	200,00 €
<input type="checkbox"/> REHABILITADORES / OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	200,00 €
<input type="checkbox"/> NO MIEMBRO	250,00 €
<input type="checkbox"/> RESIDENTE (1)	150,00 €
<input type="checkbox"/> FISIOTERAPEUTA / ENFERMEROS (2)	150,00 €
<input type="checkbox"/> JUBILADO. MIEMBRO SECCIÓN RIESGO VASCULAR Y REHABILITACIÓN CARDIACA (3)	0,00 €

La inscripción a la reunión incluye:

- Documentación
- Acceso a Sesiones Científicas
- Pausas - Café
- Cena el jueves
- Almuerzo de trabajo el viernes

Los precios incluyen el 21% de IVA.

(1) Imprescindible adjuntar Certificado oficial de Residencia firmado por el tutor/a.

(2) Imprescindible adjuntar documento que certifique su tipo de inscripción.

(3) Imprescindible adjuntar documento que certifique estado de jubilado.

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

FORMAS DE PAGO

Mediante **transferencia bancaria**

Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al correo electrónico: info@reunionriesgovascularsec.com, indicando Reunión y nombre del asistente. Una vez comprobemos el ingreso en nuestro extracto bancario, se notificará la confirmación de la inscripción por e-mail.

Titular de la cuenta: **Fase 20, S.L.**

Entidad: **BBVA**

IBAN: **ES91 0182 3387 5002 0164 2617**

BIC/SWIFT: **BBVAESMMXXX**

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

Tipo de tarjeta: VISA MASTERCARD

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 FASE20 S.L., 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 FASE20, C/Narváez, 15. 1º izq. 28009 Madrid; o a la dirección de correo electrónico info@fase20.com, adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.