

IMPORTANTE:

- Rellene un eiemnlar nor congresista

## as Jornadas Nacionales de SEMERGEN Nefrourológicas Cáceres 2017



28-29 de abril de 2017 - Hotel Extremadura www.jornadasnefrourologicas.com

Por favor, envíen este boletín a:

AP Congress

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

- Use Mayúsculas. - Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc serán por cuenta del asistente.			C/ Narváez № 15 1° Izqda. 28009 Madrid. Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959 www.jornadasnefrourologicas.com
DATOS PERSONALES			info@jornadasnefrourologicas.com
(*)DIRECCIÓN			E
INSCRIPCIÓN A LAS JOI			
CUOTA INSCRIPCIÓN	HASTA EL 28/02/2017	DESDE 01/03/2017 HASTA LA FECHA DEL CONGRESO	La cuota de inscripción para Residentes incluye  • Documentación de las Jornadas  • Acceso a Sesiones Científicas  • Cena del viernes  • Almuerzo del sábado  • Cafés - Pausa  La inscripción al Congreso para médicos incluye  • Documentación de las Jornadas  • Acceso a Sesiones Científicas  • Cena del viernes  • Almuerzo del sábado  • Cafés - Pausa  La inscripción al Congreso para estudiantes y jubilados incluye únicamente:  • Acceso a Sesiones Científicas
☐ Socios <sup>(1)</sup>	230,00 €	275,00 €	
☐ No Socios	275,00 €	320,00 €	
☐ Residentes <sup>(2)</sup>	180,00 €	210,00 €	
☐ Residentes Socios de SEMERGEN(2)	130,00 €	150,00 €	
☐ Médicos jubilados y estudiantes <sup>(3)</sup>	0,00 €	0,00 €	
☐ Sólo Actividades Científicas	200,00€	220,00 €	
Los precios incluyen el 21% de IVA. (1) Socios SEMERGEN. (2) Imprescindible adjuntar Certificado Oficial (3) Imprescindible adjuntar carnet de estudiar Para información sobre condiciones y cancel FORMAS DE PAGO	nte o certificado	o que acredite jubilación.	urologicas.com
☐ Mediante <b>transferencia bancaria</b> :			
			nadasnefrourologicas.com; indicando nombr tracto bancario, se notificará la confirmación d
Titular de la cuenta: <b>Viajes Genil, S.A</b> Entidad: <b>Caja Rural</b> IBAN: <b>ES18 3023 0110 4851 7704 09</b> BIC/SWIFT: <b>BCOEESMM023</b>			
☐ Mediante tarjeta de crédito: en este c	aso, deberá ir	ndicar:	
Tipo de tarjeta: ☐ VISA ☐ MA	ASTERCARD		
Titular			
Número		• •	

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



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

Vencimiento .....

Fecha: . . . . . . Firma