

**Por favor, envíen este boletín a: APCONGRESS**

C/ Narváez N° 15 1º Izqda. 28009 Madrid.

Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959

info@jornadasrespiratorio.com

www.jornadasrespiratorio.com

**IMPORTANTE:**

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

## 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)

## CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

CUOTA INSCRIPCIÓN	HASTA EL 26 DE AGOSTO DE 2011	DESDE EL 26 DE AGOSTO DE 2011
<b>SOCIOS</b> <sup>(1)</sup>	300,00€	360,00€
<b>NO SOCIOS</b>	375,00€	435,00€
<b>RESIDENTES</b> <sup>(2)</sup>	250,00€	305,00€
<b>RESIDENTES SOCIOS DE SEMERGEN</b> <sup>(2)</sup>	195,00€	250,00€

Los precios incluyen el 8% de IVA.

(1) Socios SEMERGEN

(2) Imprescindible adjuntar certificado oficial de Residencia.

## FORMAS DE PAGO

Remito cheque a nombre de **Viajes Genil, S.A.** (Sólo se aceptarán los recibidos hasta 1 mes antes de la fecha de comienzo del Congreso)

Mediante **transferencia bancaria** (Imprescindible adjuntar copia de la transferencia o enviar al fax 902 430 959, indicando nombre del Congreso 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:** Banesto

**CTA:** 0030 4290 77 0001711271

**IBAN:** ES53 0030 4290 7700 0171 1271

**SWIFT (BIC):** ESPCESMM

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

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTER CARD  AMERICAN EXPRESS

Titular:.....

Número:..... Vencimiento.....

Por la presente autorizo el cargo a mi tarjeta de crédito de la cantidad arriba indicada.

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 28001 Madrid o a la dirección de correo electrónico secretaria@semergen.es adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.