

* Rellene completamente todos los datos para que su inscripción sea tramitada.

* En el campo "Email" debe indicarse el email del congresista. Sin este dato no se tramitará la inscripción.

DATOS DEL PAGADOR

Nombre de la Empresa _____ NIF/CIF _____
 Persona de Contacto _____ Email _____
 Dirección de correspondencia _____
 Nº _____ Piso _____ Letra _____ CP _____ Localidad _____ Provincia _____

ENVIAR CONFIRMACIÓN A:

Persona _____ Email: _____

DATOS PERSONALES DEL CONGRESISTA

Nombre _____ Apellidos _____
 Dirección _____ Nº _____ Piso _____ Letra _____
 CP _____ Localidad _____ Provincia _____
 Email _____ DNI _____
 Tlf _____ Fax _____
 Centro de trabajo _____ Cargo _____
 Especialidad: Ginecólogo Médico de Familia Enfermería Matrona MIR Otra _____

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

	Hasta 15/01/2016	Después 15/01/2016	Después 01/03/2016
MIR	<input type="radio"/> 395€	<input type="radio"/> 405€	<input type="radio"/> 410€
SOCIO SEC/ ENFERMERÍA	<input type="radio"/> 450€	<input type="radio"/> 500€	<input type="radio"/> 565€
NO SOCIO SEC	<input type="radio"/> 575€	<input type="radio"/> 595€	<input type="radio"/> 625€
SOCIO SEMERGEN/ SEMFYC/ SEMG	<input type="radio"/> 500€	<input type="radio"/> 550€	<input type="radio"/> 600€
EX ALUMNOS CURSOS SEC/ MÁSTER SEC	<input type="radio"/> 475€	<input type="radio"/> 525€	<input type="radio"/> 575€
CUOTA FARMACÉUTICO	<input type="radio"/> 475€	<input type="radio"/> 525€	<input type="radio"/> 575€

* EL PRECIO INCLUYE: 21% IVA

* PARA PODER APLICAR LAS CUOTAS MIR, SOCIO SEMERGEN, SEMFYC, SEMG DEBERÁ ENVIARSE CERTIFICADO QUE LO ACREDITE.

CANCELACIONES, DEVOLUCIONES Y CAMBIOS DE NOMBRE

	Gastos hasta 01/02/2016	Gastos después 01/02/2016
CANCELACIÓN	50%	100%
CAMBIOS DE NOMBRE	Sin Gastos	No se admiten cambios de nombre

Todas las cancelaciones y cambios de nombre deberán ser enviados por escrito al email sec2016@sec.es

Las devoluciones se realizarán a los 30 días de haber finalizado el congreso.

FORMA DE PAGO

Transferencia Bancaria al nº de Cuenta ES15 2100 5701 57 0200022508 (La Caixa)

Tarjeta Bancaria:

VISA MÁSTER CARD Nº TARJETA _____ Cad: _____

- Autorizo a Geysco Congresos a cobrar de mi tarjeta de crédito el importe anteriormente indicado.
- Es obligatorio enviar este formulario enteramente cumplimentado junto con la copia de transferencia. Se enviará confirmación al recibir el pago correspondiente mediante correo electrónico.
- En caso de cuota MIR, Enfermería, Socio Sociedad Afín deberán enviar certificado que lo acredite por email. En caso de no enviar se aplicará la cuota de NO MIEMBRO SEC

ENVIAR A:



SECRETARÍA TÉCNICA Geysco Congresos
 C/ Diego de León, 47 . 28006 - Madrid - Tel. 902 195 545 Fax. 902 199 854
<http://sec2016.sec.es> - Correo electrónico: sec2016@sec.es