

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

02 Y 03 FEBRERO
PALACIO DE CONGRESOS DE SALAMANCA

REUNIÓN DE INVIERNO CONJUNTA ÁREAS SEPAR
24 2018
SALAMANCA

separ

Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

VIAJES El Corte Inglés

CONGRESOS CIENTÍFICO-MÉDICOS

SECRETARÍA TÉCNICA

Viajes El Corte Inglés, S.A.
Congresos Científico-Médicos
C/ Alberto Bosch, Nº 13 - 28014 - Madrid
Tel. 91 330 07 25 - Fax. 91 420 39 52
reunionesdeinvierno.separ@viajeseci.es

DATOS PERSONALES

Apellidos
Nombre
Domicilio CP
Localidad Provincia
Teléfono Fax
e-mail

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	Hasta el 16 de Enero	A partir del 17 de Enero
Inscripción	315€	365€
Inscripción de Enfermería y Fisioterapia ¹	160€	200€
Inscripción Residentes ¹ y Joven Personal Investigador ²	160€	200€
Jubilado Socio SEPAR ³	Gratuita	

¹ Debe acompañar a la inscripción la acreditación del Jefe de Servicio o Unidad.

² Licenciados becarios con dedicación exclusiva en investigación de enfermedades respiratorias y torácicas han de enviar el certificado que lo acredite para que se tramite su inscripción.

³ Enviar por fax fotocopia DNI, pasaporte o documento oficial, donde conste su identificación personal y fecha de nacimiento, fotocopia de documento acreditativo de su jubilación en la actividad asistencial o escrito personal que acredite su veracidad.

La cuota de inscripción incluye asistencia a las sesiones, documentación oficial del curso, diploma de asistencia, café, almuerzo de trabajo y cena cóctel. Precios con el 21% de IVA incluido.

ÁREAS

Es necesario inscribirse en un área concreta según el interés expreso del congresista, aunque se puede asistir a las diferentes sesiones del resto de Áreas.

NO SE TRAMITARÁ NINGUNA INSCRIPCIÓN QUE NO ESTÉ DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA

ASMA
CIRCULACIÓN PULMONAR
CIRUGÍA TORÁCICA
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
ONCOLOGÍA TORÁCICA
TÉCNICAS Y TRASPLANTE

FORMA DE PAGO

Transferencia bancaria a favor de Viajes El Corte Inglés, S.A. (libre de cargas)
Banco Santander. IBAN: ES37 0049 1500 03 2810355229, SWIFT: BSCHMMXXX
(Rogamos adjunte copia de la transferencia)
Tarjeta de Crédito
Visa Diners Club Master Card American Express

Titular DNI/NIF
Nº de Tarjeta Caducidad
Autorizo el cargo a mi tarjeta por los importes reseñados.

Firma autorizado:

En caso de precisar factura, por favor cumplimente los siguientes datos:

Apellidos
Nombre NIF/CIF
Domicilio CP
Localidad Provincia

Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial, de acuerdo con la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, el titular de estos datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito SEPAR C/ Provença 108 - Bajos 2º 08029-Barcelona

