



DATOS PERSONALES

Apellidos _____

Nombre _____

Provincia _____

Teléfono _____ Email _____

Empresa patrocinadora / laboratorio: _____

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN	Hasta el 11 de noviembre	A partir del 12 de noviembre
Inscripción SOCIO	<input type="radio"/> 360,00 €	<input type="radio"/> 420,00 €
Inscripción NO SOCIO	<input type="radio"/> 500,00 €	<input type="radio"/> 550,00 €
Inscripción de Enfermería y Fisioterapia SOCIO	<input type="radio"/> 180,00 €	<input type="radio"/> 225,00 €
Inscripción de Enfermería y Fisioterapia NO SOCIO	<input type="radio"/> 350,00 €	<input type="radio"/> 400,00 €
Inscripción Residentes SOCIO	<input type="radio"/> 200,00 €	<input type="radio"/> 250,00 €
Inscripción Residentes NO SOCIO	<input type="radio"/> 350,00 €	<input type="radio"/> 400,00 €
Inscripción Personal Investigador SOCIO	<input type="radio"/> 180,00 €	<input type="radio"/> 225,00 €
Inscripción Personal Investigador NO SOCIO	<input type="radio"/> 350,00 €	<input type="radio"/> 400,00 €
Jubilado Socio SEPAR	Gratuita	

IVA vigente incluido

ÁREAS

Es necesario marcar 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.

<input type="radio"/> ENFERMERÍA RESPIRATORIA	<input type="radio"/> REHABILITACIÓN RESPIRATORIA
<input type="radio"/> EPID	<input type="radio"/> SUEÑO, VENTILACIÓN Y UCRI
<input type="radio"/> EPOC	<input type="radio"/> TABAQUISMO
<input type="radio"/> NEUMOLOGÍA AMBIENTAL Y OCUPACIONAL	

FORMA DE PAGO

- TRANSFERENCIA BANCARIA a favor de Viajes El Corte Inglés S.A. (libre de cargas)
Banco Santander: ES89 0049 9645 0131 2632 9034
(Imprescindible adjuntar copia de la transferencia)
- TARJETA DE CRÉDITO: Envíando un mail a: reunionesdeinvierno.separ@viajeseci.es con el formulario cumplimentado y le enviaremos el link de pago directo. O realizando la inscripción on-line a través de la web:
<https://www.reunionesdeinviernosepar.com/landing/reunioninverno/>

EN CASO DE PRECISAR FACTURA: por favor cumplimente estos datos:

Apellidos _____

Nombre _____ CIF/NIF _____

Domicilio _____ CP _____

Localidad _____ Provincia _____

El Responsable del Tratamiento de los datos facilitados voluntariamente por usted a través del presente formulario es Sociedad de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). La base jurídica del tratamiento es su consentimiento para la finalidad de tramitar su solicitud de inscripción a la 35º Reunión de Invierno SEPAR. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición o limitación del tratamiento enviando una solicitud por correo electrónico a secretaria@separ.es o por escrito a la sede de SEPAR, ubicada en Calle Provença 108, Bajos, C.P. 08029, Barcelona. Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en <https://www.reunionesdeinviernosepar.com/landing/reunioninverno/>