



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Rellene completamente los datos que le solicitamos a continuación.

Es imprescindible que envíe el boletín enteramente cumplimentado para estar inscrito en el Congreso:

NOMBREY APELLIDOS _____

NIF _____

EMAIL _____ TELÉFONO _____

CENTRO DE TRABAJO _____

POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA MÉDICO DE FAMILIA ENFERMERÍA MATRONA MIR

OTRA _____

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS: Según la L.O. 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en un fichero inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos. El responsable del fichero es Sociedad Española de Contracepción y su finalidad es la gestión de inscritos y envío de información sobre actividades que realice la sociedad. El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito a la SEC, a c/ San Fernando 42,1º 39010 Santander o a congreso@sec.es

Inscripción

- Socio/a SAC/SEC:** 225€
- No Socio/a SAC/SEC:** 250€
- Socio/a FAME:** 165€
- Enfermería, Matronas, Residentes:** 175€
(IVA incluido)

Cancelación y Condiciones

- La Cuota de Inscripción incluye: Asistencia a Sesiones Científicas, Documentación y Cafés Descanso.
- No se enviará ninguna confirmación de Inscripción hasta no haber recibido el pago.
- Las cancelaciones deben ser solicitadas por escrito a la Secretaría Técnica.
- Gastos de Cancelación Inscripciones:
 - Hasta 1 mes antes del Congreso: 50%
 - Con menos de 1 mes de antelación al Congreso: 100%
- Cambios de Nombre de Inscripciones:
 - Se permitirán cambios de nombre hasta 1 mes antes del Congreso
 - Con menos de 1 mes de antelación al Congreso no se admitirán cambios de nombre.

Facturación

RAZÓN SOCIAL _____

CIF _____

EMAIL _____

DIRECCIÓN _____

CP _____ POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

Formas de Pago

TRANSFERENCIA BANCARIA: Nº de Cuenta ES15 2100 5701 57 0200022508 (La Caixa)

TARJETA DE CRÉDITO (VISA; MÁSTER CARD): Nº _____ Cad. ____/____

Autorizo a Geyseco Congresos a cobrar de mi tarjeta de crédito el importe anteriormente indicado.

Fecha: ____/____/____ Firma: _____

Enviar a:



GEYSECO CONGRESOS

Tel. 902 195 545 -

Página Web: www.congreso.sac-contracepcion.es - Email: congreso@sac-contracepcion.es