

Boletín de Inscripción

Por favor, envíen este boletín a:

AP Congress

C/ Narváez Nº 15 1º Izqda. 28009 Madrid.

Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959

www.dolorsemergen.com

info@dolorsemergen.com

IMPORTANTE:

- Rellene un ejemplar por congresista
- Use Mayúsculas
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... serán por cuenta del asistente
- No se cursará ninguna inscripción sin previo abono.

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)

Nota Importante: Para poder remitirles los certificados con los créditos concedidos a las actividades científicas necesitamos nos indiquen sus datos completos y dirección.

Información de Inscripción

CUOTA INSCRIPCIÓN	PRECIO
<input type="checkbox"/> Médicos	300,00€
<input type="checkbox"/> Residentes socios de SEMERGEN*	200,00€

* Imprescindible adjuntar certificado oficial de Residencia o Tutor/a
IVA incluido.

La cuota de inscripción incluye: acceso a las sesiones científicas, pausas – café y cóctel inaugural.

Si requiere factura le rogamos lo indique expresamente en el campo de observaciones detallando empresa/persona que factura, NIF/CIF y dirección postal. Una vez esté inscrito, puede acceder a su área personal (inscripciones>ir al formulario de inscripción>área personal) con el usuario y clave que recibió en su correo electrónico y podrá consultar los servicios adquiridos. Si usted no recuerda dichas claves puede solicitarlas en info@dolorsemergen.com

En ningún caso se realizará reembolso.

Para más información, visite www.dolorsemergen.com

Forma de pago

Mediante **transferencia bancaria** (es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia al fax 902430959 indicando curso y asistente).

Titular de la Cuenta: Viajes Genil, S.A.

Entidad: Banco Santander

IBAN: ES35 0049 5738 3820 1618 6077

BIC/SWIFT: BSCHEM33

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

Tipo de tarjeta: VISA MASTERCARD AMEX

Titular:

Número:

Vencimiento:

Nota: los gastos de cambio de moneda y transferencia serán por cuenta del congresista.

Fecha _____

Firma _____