



## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

### IMPORTANTE:

- Rellene un ejemplar por congresista
- Use Mayúsculas
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... serán por cuenta del asistente

Por favor, envíen este boletín a:

**Viajes Genil**  
C/ Narváez Nº 15 1º Izqda. 28009 Madrid.  
Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959  
www.jornadasrespiratorio.com  
info@jornadasrespiratorio.com

### DATOS PERSONALES

(\*)APELLIDOS ..... (\*)NOMBRE .....

(\*)DIRECCIÓN .....

(\*)CIUDAD ..... (\*)PROVINCIA ..... (\*)C.POSTAL.....

(\*)TELÉFONO..... (\*)MÓVIL ..... (\*)FAX.....

(\*)DNI..... (\*)E-MAIL.....

### INSCRIPCIÓN AL CONGRESO

CUOTA INSCRIPCIÓN	HASTA EL 01/04/2015	DESDE 02/04/2015 HASTA LA FECHA DEL CONGRESO
<input type="checkbox"/> Socios <sup>(1)</sup>	335,00 €	400,00 €
<input type="checkbox"/> No Socios	420,00 €	490,00 €
<input type="checkbox"/> Residentes <sup>(2)</sup>	280,00 €	340,00 €
<input type="checkbox"/> Residentes Socios de SEMERGEN <sup>(2)</sup>	220,00 €	280,00 €

### La inscripción al Congreso incluye:

- Documentación del Congreso
- Acceso a Sesiones Científicas
- Cóctel de Bienvenida
- Almuerzos de Trabajo
- Cafés - Pausa
- Cena de Clausura.

Los precios incluyen el 21% de IVA.

(1) Socios SEMERGEN

(2) Imprescindible adjuntar Certificado oficial de Residencia

Para información sobre condiciones y cancelaciones, visite la página web [www.jornadasrespiratorio.com](http://www.jornadasrespiratorio.com)

### FORMAS DE PAGO

#### Mediante **transferencia bancaria**

Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al email [inscripciones@jornadasrespiratorio.com](mailto:inscripciones@jornadasrespiratorio.com), indicando nombre de las Jornadas y participante. Una vez comprobemos el ingreso en nuestro extracto bancario, se notificará la confirmación de la inscripción por e-mail.

Titular de la cuenta: **Viajes Genil, S.A.**  
Entidad: **Bankinter**  
CTA: **0128 0750 31 0500003491**  
IBAN: **ES43 0128 0750 3105 0000 3491**  
BIC: **BKBKESMM**

#### Mediante **tarjeta de crédito**

En este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTERCARD  AMEX

Titular .....

Número .....

Vencimiento .....

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

Fecha: ..... Firma

En cumplimiento de la Ley 15/1999 LOPD le informamos que sus datos serán incluidos en un fichero propiedad de SEMERGEN para su tratamiento con finalidades operativas de la Sociedad. (\*) Las respuestas tienen carácter obligatorio. Puede ejercer sus derechos de acceso a los datos, rectificación y cancelación mediante carta dirigida a SEMERGEN C/ Goya nº 25 - 5º Izda. de Madrid C.P.28001, o a la dirección de correo electrónico [secretaria@semergen.es](mailto:secretaria@semergen.es) adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.

Una vez realizada la inscripción, podrá recibir información de diversa índole en la dirección que nos ha facilitado relacionada con los actos a realizar durante el Congreso.

Si no desea recibir dichas comunicaciones, rogamos nos lo notifique en el siguiente correo electrónico: [info@jornadasrespiratorio.com](mailto:info@jornadasrespiratorio.com)