Formulario de Inscripción

II Symposium Internacional Avances en Osteoporosis

Datos personales del participante

Nombre _____ N.I.F _____

Apellidos _____

Dirección _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____

Centro de trabajo _____

E-MAIL _____ @ _____

Datos para la factura (Si deja en blanco este apartado se facturará a los datos personales)

ENTIDAD _____ PERSONA DE CONTACTO _____

Dirección _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ NIF _____

Centro de trabajo _____

E-MAIL _____ @ _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la LO15/99 de Protección de Datos de carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados por VD. Serán incorporados a un fichero responsabilidad de Aula Médica Activa para finalidades de promoción y otras relacionadas con el evento. La cumplimentación del presente implica la autorización a Aula Médica Activa para usar los datos personales facilitados con la finalidad citada. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y cancelación, en su caso, en la Secretaría de la Reunión.

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN (16% IVA incluido)

- ☐ Inscripción 485 €
- ☐ Inscripción + alojamiento (*) 620 €

* habitación DUI en alojamiento y desayuno la noche del 11 de febrero
Alojamiento: Hotel NH Constanza****

- ☐ Médicos Residentes (**) 385 €
- ☐ Médicos Residentes + alojamiento (*) 521 €

* habitación DUI en alojamiento y desayuno la noche del 11 de febrero
** Imprescindible adjuntar certificado del Jefe de Servicio
Alojamiento: Hotel NH Constanza****

La cuota de inscripción incluye:
Acceso a las sesiones científicas, documentación oficial, programa, libro de resúmenes, certificado de asistencia, cafés entre sesiones, almuerzo de trabajo.

FORMA DE PAGO

☐ Transferencia bancaria LA CAIXA: 2100-4765-59-0200049784
Indicar en el concepto de la transferencia el nombre de la persona que se inscribe.
Por favor, envíe el justificante de su transferencia, indicando el nombre de la persona inscrita, junto al Formulario de inscripción cumplimentado al Fax: 913 576 521

☐ VISA: | | | | | | | | | | | | | | | | CCV | | | | Caducidad: | | | | |

Importe Total **Titular de la tarjeta** **Firma del Titular**

ENCUENTROS CON EL EXPERTO

Indique si desea asistir a los encuentros con el experto y el nombre del ponente

☐ Si, con el Dr. _____

AULA MEDICA CONGRESOS
Aguarón, 23 A, Bajo - 28023 Madrid - Tel: 91 3576609 - Fax: 913576521
e-mail: congresos@grupoaulamedica.com
www.grupoaulamedica.com