

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

## DATOS PERSONALES

Apellidos:.....  
 Nombre:.....D.N.I.:.....  
 Localidad:.....C.P.:.....Provincia:.....  
 Teléfono: .....E-mail: .....

## CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

### Cuotas de Inscripción completa

- |                          |   |      |
|--------------------------|---|------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Miembros de Neumomadrid o SEPAR</b>  | 490€ |
| <input type="checkbox"/> | <b>MIR (justificante)*</b>  | 340€ |
| <input type="checkbox"/> | <b>Cirugía torácica / Enfermería respiratoria / Fisioterapia respiratoria / Pediatría *</b> | 150€ |
| <input type="checkbox"/> | <b>Jubilados Socio Neumomadrid o SEPAR</b>  | 0€   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Otros</b>  | 590€ |

IVA vigente incluido. La inscripción incluye: acceso a todas las sesiones científicas, documentación, certificado de asistencia, cafés, almuerzos de trabajo y cena del Congreso.

### \* Cuota MIR, ATS, DUE, DUF:

Será necesario adjuntar carta del Jefe de Servicio o Departamento, acreditando su condición de residente o enfermera/o en el momento de realizar la inscripción

### Cuotas de Inscripción 1 DÍA

#### ASISTIRÉ EL DÍA:

- |                          |   |     |                                    |
|--------------------------|---|-----|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Cirugía torácica / Enfermería respiratoria / Fisioterapia respiratoria / Pediatría *</b> | 60€ | <input type="checkbox"/> 3 de mayo |
|                          |   |     | <input type="checkbox"/> 4 de mayo |
|                          |   |     | <input type="checkbox"/> 5 de mayo |

IVA vigente incluido. La inscripción incluye: acceso a las sesiones científicas del día seleccionado, documentación, certificado de asistencia, cafés y almuerzo de trabajo.

## FORMA DE PAGO

- TRANSFERENCIA BANCARIA** a favor de Viajes El Corte Inglés, S.A.  
 Banco Santander. IBAN ES37 0049 1500 03 2810355229
- TARJETA DE CRÉDITO** enviando un correo a: [neumomadrid@viajeseci.es](mailto:neumomadrid@viajeseci.es)

## EN CASO DE PRECISAR FACTURA, POR FAVOR CUMPLIMENTAR LOS SIGUIENTES DATOS

Nombre y Apellidos ó Razón social: .....  
 C.I.F./N.I.F.: .....  
 Domicilio Social: .....  
 Localidad: .....C.P.:..... Provincia:.....

\*Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial. De acuerdo con la ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, el titular de estos datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito a Neumomadrid, Calle Cea Bermudez 46, 28003 Madrid.