



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

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

Cuotas de inscripción completa

Hasta el 12 marzo 2023

Desde el 13 marzo 2023

Socios de Neumomadrid o de SEPAR	<input type="checkbox"/> 490€	<input type="checkbox"/> 540€
No Socios u otros	<input type="checkbox"/> 590€	<input type="checkbox"/> 640€
MIR *	<input type="checkbox"/> 340€	<input type="checkbox"/> 390€
Cirugía torácica/Enfermería respiratoria/Fisioterapia respiratoria/ Pediatría*	<input type="checkbox"/> 150€	<input type="checkbox"/> 150€
Jubilados Socios Neumomadrid o SEPAR	<input type="checkbox"/> 0€	<input type="checkbox"/> 0€

IVA vigente incluido.

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

Cuotas de inscripción 1 día

Cirugía torácica / Enfermería respiratoria / Fisioterapia respiratoria / Pediatría* 60€

IVA vigente incluido.

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

Pack de inscripciones Socio Neumomadrid o SEPAR

Pack de 15 inscripciones	<input type="checkbox"/> 6.900€
Pack de 20 inscripciones	<input type="checkbox"/> 9.000€
Pack de 25 inscripciones	<input type="checkbox"/> 11.000€

IVA vigente incluido.

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

*Cuota MIR, ATS, DUE o 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

FORMA DE PAGO

- TRANSFERENCIA BANCARIA** a favor de Viajes El Corte Inglés, S.A.
 Banco Santander. ES40 0049 1500 0526 1934 8691 **SWIFT: BSCHESMM**
- TARJETA DE CRÉDITO** enviando un correo a: neumomadrid@viajeseci.es
 En caso de cancelación no se realizará reembolso. Sólo se permite cambio de nombre.

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.