



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

## DATOS PERSONALES

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

### Cuotas de inscripción completa

Hasta el 24 marzo 2023

Desde el 25 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: BSCHEM33

**TARJETA DE CRÉDITO** enviando un correo a: [neumomadrid@viajeseci.es](mailto: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.