

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Enviar debidamente cumplimentado a:

VIAJES EL CORTE INGLES, S.A. / Congresos Científico Médicos
C. San Severo, 10 planta Baja • 28042 Madrid • Tel: (+34) 91 330 07 26 • E-Mail: sea@viajeseci.es

Datos Personales

Apellidos: _____
Nombre: _____ DNI: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____
Si tiene alergia o intolerancia a algún alimento rogamos nos lo indique: _____

Cuotas de inscripción

| Modalidades de Inscripción | Hasta el 9 de mayo de 2024 | Desde el 10 de mayo de 2024 |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Socios SEA | <input type="checkbox"/> 450 € | <input type="checkbox"/> 600 € |
| No Socios | <input type="checkbox"/> 500 € | <input type="checkbox"/> 650 € |
| MIR / Predoctorales (menos 30 años)* | <input type="checkbox"/> 300 € | <input type="checkbox"/> 350 € |
| Estudiantes** | <input type="checkbox"/> 250 € | <input type="checkbox"/> 300 € |
| Cuota de 1 día ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> 250 € | <input type="checkbox"/> 300 € |

Precio IVA Vigente incluido
(1) Cuota de 1 día no incluye cena

La cuota de inscripción incluye:

- Asistencia a las sesiones científicas y a la exposición comercial
- Documentación oficial del Congreso
- Certificado de asistencia
- Cafés, comidas de trabajo y cena del congreso

Forma de pago

- TRANSFERENCIA BANCARIA** a favor de Viajes El Corte Inglés, S.A. libre de cargas en la cuenta:
Banco Santander Central Hispano. IBAN: ES40 0049 1500 05 2619348691 (Rogamos adjunte copia de transferencia)
- TARJETA DE CRÉDITO:** Sólo está permitido el pago con tarjeta de crédito realizando la inscripción on-line a través de la página web del congreso:
<http://www.congresosea.es/SEA2024>

Notas importantes:

1. La inscripción incluye: Documentación del congreso, certificado de asistencia, Acceso a la exposición comercial, pausas café, almuerzos y cena del congreso.
2. En caso de cancelación no se realizará reembolso. Solo se permite cambio de nombre.

Datos para emisión de la factura

Nombre y Apellidos o Razón social: _____ C.I.F./N.I.F.: _____
Domicilio Social: _____
Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____
Persona de Contacto: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ARTERIOESCLEROSIS como responsable del tratamiento tratará tus datos con la finalidad de gestionar y tramitar tu registro en la web. Puedes acceder, rectificar y suprimir tus datos, así como ejercer otros derechos consultando la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra Política de Privacidad

- He leído y acepto las condiciones contenidas en la política de privacidad sobre el tratamiento de mis datos para gestionar mi registro como usuario.
Nos gustaría que nos prestaras tu consentimiento para:
- Enviarte información comercial sobre los productos, servicios, novedades de SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ARTERIOESCLEROSIS.