



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

* Rellene completamente todos los datos para que su inscripción sea tramitada.

* En el campo "Email" debe indicarse el email del congresista. Sin este dato no se tramitará la inscripción.

DATOS DEL PAGADOR

Nombre de la Empresa _____ NIF/CIF _____
 Persona de Contacto _____
 Tel. _____ Email _____
 Dirección de correspondencia _____ Nº _____ Piso _____ Letra _____
 CP _____ Localidad _____ Provincia _____

ENVIAR CONFIRMACIÓN A:

Persona _____ Email: _____

DATOS PERSONALES DEL CONGRESISTA

Nombre _____ Apellidos _____
 Dirección _____ Nº _____ Piso _____ Letra _____
 CP _____ Localidad _____ Provincia _____ DNI _____
 Email _____ Tlf _____ Fax _____
 Centro de trabajo _____ Cargo _____
 Especialidad: Ginecólogo Médico de Familia Enfermería Matrona MIR
 Otra _____

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

	Cuota de Inscripción
NO SOCIOS/AS SEC	<input type="radio"/> 450€
SOCIOS/AS SEC	<input type="radio"/> 400€
ALUMNOS CURSOS/ MÁSTER 2022	<input type="radio"/> 350€
MIR	<input type="radio"/> 350€
MATRONAS NO SOCIOS/AS SEC Y ENFERMERÍA	<input type="radio"/> 350€
MATRONAS FAME	<input type="radio"/> 300€
MATRONAS SOCIOS/AS SEC	<input type="radio"/> 250€
LATINOAMÉRICA PRESENCIAL	<input type="radio"/> 300€
LATINOAMÉRICA VIRTUAL	<input type="radio"/> 150€
SOLICITANTES BECAS	*Sólo Socios/as SEC

* IVA incluido

* La Inscripción incluye: Documentación, Asistencia a Sesiones, Cafés, Certificados.

* PARA PODER APLICAR LA CUOTA MIR/ENFERMERÍA/MATRONAS DEBERÁ ENVIARSE CERTIFICADO QUE LO ACREDITE.

CANCELACIONES, DEVOLUCIONES Y CAMBIOS DE NOMBRE

- Todas las cancelaciones y cambios de nombre deberán ser enviados por escrito al email congreso@sec.es
- **Gastos de Cancelación:** 3 meses antes del inicio del Congreso.
- **Cambios de Nombre de Inscripción:** Hasta 10 días antes del congreso
- No se enviará ninguna confirmación hasta haber recibido el pago.
- Las devoluciones se realizarán a los 30 días de haber finalizado el congreso.

FORMA DE PAGO

- Transferencia Bancaria al nº de Cuenta ES15 2100 5701 57 0200022508 (La Caixa)
 Tarjeta Bancaria:

VISA

MÁSTER CARD

Nº TARJETA _____

Cad: _____

Autorizo a Geysco Congresos a cobrar de mi tarjeta de crédito el importe anteriormente indicado.

Es obligatorio enviar este formulario enteramente cumplimentado junto con la copia de transferencia. Se enviará confirmación al recibir el pago correspondiente mediante correo electrónico.



ENVIAR A:

SECRETARÍA TÉCNICA:

GEYSECOS CONGRESOS. Tel. 902 195 545 Página Web: <http://congreso.sec.es> Correo electrónico: congreso@sec.es