

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Por favor envíen debidamente cumplimentado a:
VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A. / Dpto. CONGRESOS CIENTÍFICO-MÉDICOS

E-mail: semi.inscripciones@viajeseci.es

DATOS PROFESIONALES

Apellidos: Nombre: DNI:

Dirección: C.P.:

Localidad: Provincia:

E-mail: Teléfono:

LABORATORIO PATROCINADOR

Laboratorio:

CUOTAS

HASTA EL 31/08 A PARTIR DEL 01/09

<input type="checkbox"/> SOCIOS	560 €	625 €
<input type="checkbox"/> RESIDENTE SOCIOS ¹	320 €	420 €
<input type="checkbox"/> RESIDENTES NO SOCIOS ²	460 €	525 €
<input type="checkbox"/> NO SOCIOS	610 €	675 €
<input type="checkbox"/> ENFERMERÍA	120 €	150 €
<input type="checkbox"/> JUBILADOS SOCIO ³	55 €	60 €
<input type="checkbox"/> SOCIOS DE SOCIEDADES L. A. DE M. I. ⁴	450 €	485 €

Todos los precios publicados IVA vigente incluido.

1. Imprescindible adjuntar el certificado de Residente y estar Asociado a la Sociedad Autónoma correspondiente.
2. Imprescindible adjuntar el certificado de Residente.
3. Jubilados: Para todo aquel doctor que se encuentre jubilado y con al menos 3 años de antigüedad como socio de la SEMI, el precio de la inscripción al Congreso será el 10% del precio normal de socio. Los jubilados que no cumplan esta condición abonarán el precio normal de no socio.
4. Sociedades Latino Americanas de Medicina Interna: Todos los gastos ocasionados por la transferencia tanto en origen como en destino serán a cargo del socio que se inscribe.

FORMAS DE PAGO

- Transferencia Bancaria:** a favor de Viajes El Corte Inglés, S.A. libre de cargas en la cuenta Banco Santander Central Hispano: **IBAN ES37 0049 1500 03 2810355229**
Rogamos adjunte copia de la transferencia
- Tarjeta de Crédito:** Sólo está permitido el pago con tarjeta de crédito realizando la inscripción on-line en la página web del congreso: <http://www.congresosemi.com/>

NOTAS IMPORTANTES

La inscripción incluye documentación del congreso, acceso a sesiones científicas, acceso a exposición comercial, certificado del congreso y créditos oficiales si cumple los requisitos, almuerzos de trabajo y cafés.

En caso de cancelación no se realizará reembolso. Solo se permite cambio de nombre.

DATOS EMISIÓN DE FACTURA

Nombre y Apellidos o Razón Social: CIF/NIF:

Domicilio social:

Localidad: C.P.: Provincia:

Personal de contacto:

E-mail: Fax: Teléfono:

Al inscribirse en el presente Congreso, autoriza expresamente el tratamiento de sus datos personales a la Sociedad Española de Medicina Interna para la gestión del mismo, su participación en las actividades formativas y divulgativas y en otros actos realizados dentro de dicho Congreso, así como para la generación de los diplomas de asistencia. La base que legitima el tratamiento es la prestación de los servicios derivados de la inscripción.

Puede ejercitar sus derechos reconocidos por la normativa legal vigente a través de comunicación escrita, acompañada de su documentación de identidad, ante SEMI en la dirección siguiente: Sociedad Española de Medicina Interna. Campus SEMI-FEMI. C/ Pintor Ribera num.3, bajo Izda, 28016 Madrid o ante nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección dpo@fesemi.org. Si considera vulnerados sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. Dispone de más información en nuestra Política de Privacidad entrando en: www.fesemi.org <https://www.congresosemi.com/>