



Boletín de Incripción y Alojamiento

PLAZAS LIMITADAS Y RESTRINGIDAS A RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMILIA SOCIOS SEMG

Incluye: inscripción, alojamiento y desayuno en Hotel oficial del Congreso - 3 noches

Apellidos..... Nombre.....

DNI.....

Domicilio..... Código Postal.....

Localidad.....Provincia.....

Teléfono.....Fax.....Móvil.....

E-mail.....

☐ Cuota Inscripción "A" _____ 437,00€

(incluye Inscripción, 3 noches de Alojamiento con Desayuno en Habitación Individual

☐ Cuota Inscripción "B" _____ 379,00€

(incluye Inscripción, 3 noches de Alojamiento en Habitación Doble compartida, se requiere tramitar las dos inscripciones al tiempo)

Comparto la Habitación con:

SI LA INSCRIPCIÓN SELECCIONADA ES LA "OPCIÓN B" HABITACIÓN DOBLE COMPARTIDA, DEBERÁN ENVIAR LOS DOS BOLETINES DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS INDICANDO CON QUIEN COMPARTE EL ALOJAMIENTO.

FORMA DE PAGO

El pago se debe efectuar mediante transferencia a:

CONGRESO NACIONAL SEMG

Cuenta bancaria: Bankia: ES27 2038 1053 9960 0098 2869

Es imprescindible remitir por correo electrónico o fax este boletín de inscripción y el comprobante de pago. Aportar certificación de la correspondiente unidad docente en la que se acredite su situación como médico interno residente a fecha **31 de diciembre de 2017**.

En 15 días recibirá la conformidad. Se entiende que se da de alta una inscripción cuando el pago queda acreditado y el boletín aceptado. En caso de error solo serán válidos comprobantes y talones originales, nunca fotocopias.

Para beneficiarse de esta cuota especial es **IMPRESINDIBLE TRAMITAR LA INSCRIPCION Y REALIZAR EL PAGO CON ANTERIORIDAD AL 13 DE ABRIL 2018**.

La cuota de inscripción y alojamiento da derecho a:

- Participación en las actividades científicas del Congreso,
- Documentación
- Cóctel inaugural, almuerzos de trabajo, cafés pausa y cena de clausura el sábado.
- Alojamiento y desayuno en Habitación DUI /DOBLE según la opción elegida

ENTRADA: 31/05/2018 SALIDA: 03/06/2018 TOTAL NOCHES: 3

Acepto las condiciones detalladas en este documento y manifiesto que los datos aportados son los correctos, a día _____ del mes de _____ de 2018.

FIRMA:

Enviar a: CONGRESOS SEMG

Paseo Imperial, 10-12, 1ª planta. 28005 - Madrid

Tel. + 34 91 364 41 20 Fax. + 34 91 364 41 21

E-mail: congresos_semg@semg.es

Se le informa que los datos de carácter personal que contiene este documento serán objeto de tratamiento informático e incorporados a ficheros de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) destinados a su gestión administrativa y contable; además, serán empleados para remitirle información relacionada con los fines y actividades de la SEMG que se considere que puedan ser de su interés o resultarle útiles. Asimismo, se le informa de que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en las disposiciones vigentes, mediante escrito dirigido al responsable del tratamiento de la SEMG con domicilio en Paseo Imperial 10-12, 1ª planta – 28005 Madrid. Con la firma de este documento se entiende que usted presta su consentimiento inequívoco al tratamiento de sus datos de carácter personal para las expresadas finalidades y que autoriza a la SEMG a enviarle, por cualquier medio que estime oportuno, la aludida información hasta que, en su caso, dicho consentimiento sea revocado.