



XXV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia

Valencia. 31 Mayo- 2 Junio de 2018
Palacio de Congresos de Valencia



Boletín de Incripción de Congresistas

Datos Personales

Apellidos	_____	Nombre	_____
Email	_____	NIF	_____
Domicilio	_____	Código Postal	_____
Población	_____	Provincia	_____
Teléfonos	_____	Fax	_____
Centro de Trabajo	_____		

Socio de la SEMG Si ☐ No ☐

Socio SEMG	Hasta el 09 de marzo de 2018	470 €
	Después del 09 de marzo de 2018	550 €
No Socio	Hasta el 09 de marzo de 2018	530 €
	Después del 09 de marzo de 2018	595 €
MIR Medicina de Familia Imprescindible acreditar la condición	Hasta el 09 de marzo de 2018	260 €
	Después del 09 de marzo de 2018	325 €
Jubilado socio SEMG Imprescindible acreditar la condición	Hasta el 09 de marzo de 2018	260 €
	Después del 09 de marzo de 2018	325 €
Médico en desempleo Imprescindible acreditar la condición		180 €

Forma de Pago

El pago se debe efectuar mediante transferencia a:

Nombre: Congreso Nacional SEMG

Cuenta bancaria: ES27 2038 1053 9960 0098 2869

BIC: CAHMESMMXXX

Es imprescindible remitir por correo electrónico o fax este boletín de inscripción y el comprobante de transferencia bancaria. En 15 días recibirá la conformidad de inscripción. Se entiende que se da de alta una inscripción cuando el pago queda acreditado y el boletín aceptado. En caso de error sólo serán válidos comprobantes y talones originales, nunca fotocopias.

Cancelaciones

A las cancelaciones recibidas por escrito en la SEMG y confirmada su recepción antes del 19 de febrero de 2018, les será devuelto el 80% del importe total; se acepta el cambio de nombre hasta el 20 de abril de 2018. No habrá devoluciones ni se permitirá cambio de nombre a partir de las fechas indicadas.

La cuota del congresista incluye la participación en las actividades científicas del Congreso, documentación, almuerzos de trabajo, café pausa, cena de clausura y servicios detallados en el PROGRAMA. NO INCLUYE ALOJAMIENTO.

Acepto las Normas Generales y las Condiciones Generales de este documento y manifiesto que los datos aportados son correctos,

a día _____ del mes _____ de _____

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 la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 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.

Enviar este boletín con todos los datos solicitados a

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Paseo imperial, 10-12. 1ª planta 28005, Madrid
Tel.: +34 91 364 41 20
Faxes: +34 91 364 41 21
congresos_semg@semg.es

Firma _____