FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

APELLIDOS	
NOMBRE	
DIRECCIÓN	
CP / POBLACIÓN	
PROVINCIA	
PAIS	
TELEFONO	
FAX	
EMAIL	
NIF	

DATOS DE FACTURACIÓN
(solo en caso de ser distintos a los datos de inscripción)

RAZÓN SOCIAL	
DIRECCIÓN	
CP / POBLACIÓN	
PROVINCIA	
PAIS	
CIF	

CUOTA DE INSCRIPCIÓN
(marque la que corresponda a su situación)

OFTALMÓLOGOS:
Si es socio del SECOIR, escriba su numero de socio: ☐

- ☐ 350 € - NO socio del SECOIR - (hasta el 16 de Enero de 2006)
- ☐ 280 € - SOCIO del SECOIR - (hasta el 16 de Enero de 2006)
- ☐ 400 € - NO socio del SECOIR - (después del 16 de Enero de 2006)
- ☐ 320 € - SOCIO del SECOIR - (después del 16 de Enero de 2006)

RESIDENTES DE OFTALMOLOGÍA, D.U.E. Y TÉCNICOS:

- ☐ 200 € - Hasta el 16 de Enero de 2006
- ☐ 250 € - Después del 16 de Enero de 2006

FORMA DE PAGO

- ☐ Talón Nominativo, a nombre de CURSO-FACO
- ☐ Transferencia Bancaria:

CURSO-FACO
Entidad: 2090 - Sucursal: 3065 - DC: 49 - Nº Cuenta: 0040277290
IBAN: ES2120903065490040277290

Por favor, rellene el presente boletín de inscripción y envielo debidamente cumplimentado antes del 23 de enero de 2006 a:

CURSO FACO – OFTASOLER
C/ Major de la Vila, 1 - 03202 Elche (Alicante) - Spain
Fax: 966 613 495

A ☐ de ☐ de ☐

Firma

Tiene derecho a conocer, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento de la información que le concierne y, autoriza a que pase a formar parte del fichero de Eventos Médicos y Sociales, S.L., domiciliado en Elche (Alicante), 03202, en la calle Major de la Vila 1, ante el cual podrá ejercitar sus derechos, y a que sea utilizada para mantener la relación comercial y recibir información de este y otros eventos de nuestra empresa. Si no desea ser informado de nuestros eventos, señale con una X esta casilla. ☐
(Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos).