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

☐ 350 € - NO socio del SECOIR
☐ 280 € - SOCIO del SECOIR - Imprescindible nº de socio

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

☐ 200 € - Es imprescindible que nos envíe certificado de residencia.

***** Fecha límite de recepción de inscripciones: 22 de Enero de 2008.
A partir de esa fecha, todas las inscripciones se efectuarán en el congreso, con una cuota de 400€ para OFTALMÓLOGOS y 250€ para RESIDENTES DE OFTALMOLOGÍA, D.U.E. y TÉCNICOS.

FORMA DE PAGO

☐ Talón Nominativo, a nombre de EVENTOS MÉDICOS Y SOCIALES, S.L.
☐ Transferencia Bancaria:
EVENTOS MÉDICOS Y SOCIALES, S.L.
Entidad: 2090 - Sucursal: 3065 - DC: 49 - Nº Cuenta: 0040277290
IBAN: ES2120903065490040277290

Por favor, rellene el presente boletín de inscripción y envíelo debidamente cumplimentado antes del 23 de enero de 2008 a:

EVENTOS MÉDICOS Y SOCIALES, S.L.
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).