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

Hasta el 25/01/2010		Después del 25/01/2010
☐ 400 €	NO socio del SECOIR	450 €
☐ 360 €	SOCIO del SECOIR	400 €

☐ Nº Socio SECOIR: _____

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

☐ 300 € 350 € ☐ Es imprescindible que nos envíe certificado de residencia

El precio de la inscripción incluye: Acreditación, material congreso, coffee break y comidas de trabajo

***** Fecha límite de recepción de inscripciones: 29 de Enero de 2010.

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 30 de Enero de 2010 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).