

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Enviar a: VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A. / Dpto. CONGRESOS CIENTÍFICO-MÉDICOS

C/ Alberto Bosch, 13 • 28014 Madrid (Spain) • Tel.: +34 91 330 05 79 • Fax: +34 91 420 39 52 • E-mail: seaic.inscripciones@viajeseci.es

Fecha límite de admisión de boletines en Secretaría: Hasta 20 de octubre de 2019

## DATOS PERSONALES

Apellidos: ..... Nombre: .....

Comunidad Autónoma: ..... Provincia: .....

Teléfono: ..... E-mail: .....

**\*IMPORTANTE:** debido al sistema de control de asistencia y de acreditación del Simposio, el correo electrónico facilitado será donde se envíe el código de barras para recoger su identificativo y el certificado de créditos. Rogamos sea lo más riguroso posible en la veracidad de los datos.

## CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Obligatorio marcar:  MÉDICO  NO MÉDICO

## CATEGORÍA

CATEGORÍA	Hasta 19/07/2019	Desde 20/07/2019
<input type="checkbox"/> Miembro de la SEAIC	435,00 €* *	488,00 €* *
<input type="checkbox"/> No miembro de la SEAIC	492,00 €* *	556,00 €* *
<input type="checkbox"/> Residente miembro de la SEAIC	327,00 €* *	375,00 €* *
<input type="checkbox"/> Residente No miembro de la SEAIC	402,00 €* *	454,00 €* *
<input type="checkbox"/> Enfermero/a miembro de la SEAIC	327,00 €* *	375,00 €* *
<input type="checkbox"/> Enfermero/a No miembro de la SEAIC	402,00 €* *	454,00 €* *
<input type="checkbox"/> Socio Emérito de la SEAIC	44,00 €* *	49,00 €* *

## Impuestos vigentes incluidos.

La inscripción incluye: Cóctel de bienvenida y clausura, almuerzos de trabajo, cafés, documentación y acceso a todas las sesiones..

## FORMAS DE PAGO

- Mediante Transferencia Bancaria** a favor de: Viajes El Corte Inglés, S.A. (Libre de cargas en la cuenta)  
Banco Santander Central Hispano: **IBAN: ES37 0049 1500 03 2810355229** (Rogamos adjunte copia de la transferencia)
- Tarjeta de Crédito:** Mediante pasarela de pago en la web del Simposio: [www.congresoseaic.com/SEAIC2019](http://www.congresoseaic.com/SEAIC2019)

## NOTAS IMPORTANTES

- No se admitirá ningún boletín que no venga debidamente cumplimentado en todos sus apartados.
- Enviar el boletín a la Secretaría Técnica con el resguardo de pago correspondiente
- En caso de cancelación no se realizará reembolso. Sólo se permite cambio de nombre.

## EN CASO DE PRECISAR FACTURA, POR FAVOR CUMPLIMENTE LOS SIGUIENTES DATOS

Razón Social: ..... C.I.F./N.I.F.: .....

Domicilio: ..... C.P.: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Le informamos de que sus datos serán tratados bajo la responsabilidad de FUNDACIÓN de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLÓGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA o de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLÓGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA para el envío de comunicaciones propias de la relación contractual existente y se conservarán mientras que exista un mutuo interés para ello. Si no desea seguir recibiendo comunicaciones a través de esta vía o si desea retirar su consentimiento, ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación u oposición o presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, puede hacerlo enviando una solicitud por escrito a FUNDACIÓN de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLÓGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA O DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLÓGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA, calle Aviador Zorita 13, oficina 101-102, 28020 Madrid o a través de correo electrónico a: [seaic@seaic.org](mailto:seaic@seaic.org) o [silvina.wenk@seaic.org](mailto:silvina.wenk@seaic.org) junto con prueba válida en derecho, como fotocopia del D.N.I. e indicando en el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS".