

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 27 de octubre de 2020

DATOS PERSONALES

Apellidos: Nombre:

Comunidad autónoma: Provincia:

Teléfono: E-mail:

***IMPORTANTE:** debido al sistema de control de asistencia y de acreditación del Congreso, 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	Hasta 23/07/2020	Dede 24/07/2020
<input type="checkbox"/> Miembro de la SEAIC	494,00 €* *	554,00 €* *
<input type="checkbox"/> No miembro de la SEAIC	568,00 €* *	631,00 €* *
<input type="checkbox"/> Residente miembro de la SEAIC	371,00 €* *	425,00 €* *
<input type="checkbox"/> Residente No miembro de la SEAIC	457,00 €* *	515,00 €* *
<input type="checkbox"/> Enfermero/a miembro de la SEAIC	371,00 €* *	425,00 €* *
<input type="checkbox"/> Enfermero/a No miembro de la SEAIC	457,00 €* *	515,00 €* *
<input type="checkbox"/> Socio Emérito de la SEAIC	50,00 €* *	50,00 €* *

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 Congreso: www.congresoseaic.com/SEAIC2020

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 ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA o de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA 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 ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA O DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA, calle Aviador Zorita 13, oficina 101-102, 28020 Madrid o a través de correo electrónico a: seaic@seaic.org o silvina.wenk@seaic.org junto con prueba válida en derecho, como fotocopia del D.N.I. e indicando en el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS".