ENVIAR AL FAX: **91 502 12 14**
email: **asuncuesta@semicyuc.org**

Semicyuc
LOS PROFESIONALES DEL ENFERMO CRÍTICO

G.T.E.I.S. SEMICYUC

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

XXVIII REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (G.T.E.I.S.) DE LA SEMICYUC

Jueves 16 y Viernes 17 de Noviembre 2017. Santiago de Compostela

DATOS DEL INSCRITO

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL: _____

HOSPITAL: _____ CIUDAD: _____

DATOS DE FACTURACIÓN

ENTIDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ C.P.: _____ CIUDAD: _____

CIF/NIF: _____ CONTACTO FRA.: _____ TEL.: _____

E-MAIL _____ FAX: _____

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN	Hasta el 8 de Octubre	Después del 8 de Octubre
◯ Socios	☐ **410 €**	☐ **470 €**
◯ Residentes socios	☐ **370 €**	☐ **430 €**
◯ No socios	☐ **475 €**	☐ **545 €**

LA INSCRIPCIÓN INCLUYE: *asistencia a sesiones científicas, documentación, cafés, comida y cena, certificado de asistencia y de acreditación.* *Debe confirmar que el inscrito es socio antes de realizar la transferencia.*

Formas de pago: ◯ Transferencia bancaria a la cuenta **ES25 2038 1015 92 6001132588** de Caja Madrid.

◯ Tarjeta de crédito (SÓLO VISA, NO VISA ELECTRÓN U OTRAS):

NÚMERO: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ CADUCIDAD: MES ☐☐ AÑO ☐☐

En _____***, a*** ____ ***de*** _____ ***de 2017. Firma:***

Imprescindible cumplimentar el formulario para formalizar la inscripción. Enviar al fax 915021214.

**Política de cancelación: las cancelaciones de inscripciones deben comunicarse por escrito. Los reembolsos se efectuarán una vez finalizada la reunión. Del 4 de octubre al 30 de octubre devolución del 50%. Después del 30 de octubre sin devolución.*