



NOMBRE Y APELLIDOS _____
 DIRECCIÓN _____
 CP _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____
 EMAIL _____
 NIF _____ TLF _____ FAX _____
 ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA MÉDICO DE FAMILIA ENFERMERÍA
 MATRONA MIR OTRA _____

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial. De acuerdo con la ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, el titular de estos datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito a Geysco Congresos

INSCRIPCIÓN

HASTA 14/09/19

DESDE 15/09/19

Miembro SEC	<input type="checkbox"/> 175€	<input type="checkbox"/> 200€
No Miembro SEC	<input type="checkbox"/> 200€	<input type="checkbox"/> 225€
Enfermería/ Matronas/ Residentes	<input type="checkbox"/> 150€	<input type="checkbox"/> 175€
*IVA incluido		

ALOJAMIENTO

Habitación Individual

Habitación Doble

Hotel Medium Valencia	<input type="checkbox"/> 99 €	<input type="checkbox"/> 116 €
Fecha De Entrada __ / __ / ____	Fecha De Salida __ / __ / ____	

* Precio por noche. Régimen Alojamiento + Desayuno. IVA incluido.

CANCELACIONES Y CONDICIONES

- Los boletines que no estén absolutamente cumplimentados no se tramitarán.
- Las cancelaciones deberán ser enviadas por escrito (Email, Fax o correo postal) a Geysco
- Gastos Cancelación de Inscripciones: **Hasta 1/09/2019: 50%. Después 1/09/2019: 100%**
- Gastos Cancelación de Reservas: **Hasta 1/08/2019: 50%. Después 1/08/2019: 100%**
- Cambios de Nombre de Inscripciones: **Después del 01/09/2019** no se admitirán ningún cambio de nombre, tomándose como cancelación y nueva inscripción.
- Cambios de nombre de Reservas: Se admitirán cambios de nombre sin penalización.

EN CASO DE PRECISAR FACTURA, POR FAVOR, CUMPLIMIENTE LOS SIGUIENTES DATOS

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 DIRECCIÓN: _____ CP: _____
 LOCALIDAD _____ PROVINCIA: _____ CIF/NIF _____

FORMA DE PAGO

- Transferencia Bancaria: La Caixa ES15 2100 5701 57 0200022508
- Tarjeta de Crédito (Visa, Master Card) Nº ____ / ____ / ____ / ____ Cad: ____ / ____
 Autorizo a Geysco Congresos S.L. a cobrar de mi tarjeta de crédito el importe anteriormente indicado.

Fecha _____

Firma _____

ENVIAR A SECRETARÍA TÉCNICA JUNTO CON LA COPIA DE PAGO

SECRETARÍA TÉCNICA:



GEYSECO CONGRESOS

Tel. 902 195 545

Página Web: <http://svcsr2019.svcsr.es>

Correo electrónico: congreso@svcsr.es