

### Boletín de Inscripción

Por favor, envíen este boletín a:

**Fase20 Congresos**

Camino de Ronda 42, bajo. 18004, Granada  
Tel. 958 20 35 11 Fax. 958 20 35 50  
www.congresosacjaen2014.com  
info@congresosacjaen2014.com

**IMPORTANTE:**

- Rellene un ejemplar por congresista
- Use Mayúsculas
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... seran por cuenta del asistente
- No se cursará ninguna inscripción sin previo abono.

#### Datos Personales

(\*)APELLIDOS.....(\*)NOMBRE .....

(\*)DIRECCIÓN .....

(\*)CIUDAD..... (\*)PROVINCIA..... (\*)C.POSTAL .....

(\*)TELÉFONO..... MÓVIL..... FAX .....

(\*)DNI.....(\*)E-MAIL .....

(Es imprescindible indicar siempre un e-mail o fax)

#### Inscripción al congreso

CUOTA INSCRIPCIÓN	COSTE	21% de IVA no incluido
<input type="checkbox"/> Médicos	414,00€	( <sup>1</sup> ) Imprescindible adjuntar certificado oficial de Residencia o Tutor/a.
<input type="checkbox"/> Residentes ( <sup>1</sup> )	248,00€	<b>La inscripción al Congreso incluye:</b> Documentación del Congreso, acceso a Sesiones Científicas, Cóctel de Bienvenida, Cafés- Pausa y Cena de Clausura.

Si requiere factura le rogamos lo indique expresamente en el campo de observaciones detallando empresa/persona que factura, NIF/CIF y dirección postal. Para más información sobre inscripciones y política de cancelaciones, consulte [www.congresosacjaen2014.com](http://www.congresosacjaen2014.com)

**Nota Importante:** Para poder remitirles los certificados con los créditos concedidos a las actividades científicas necesitamos nos indiquen sus datos completos y correo electrónico.

#### Forma de pago

Mediante **transferencia bancaria** (es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia al correo electrónico info@congresosacjaen2014.com, indicando Congreso y congresista). (Una vez comprobemos el ingreso en nuestro extracto bancario, se notificará la confirmación de la inscripción por e-mail).

Titular de la Cuenta: Fase 20 S.L.  
Entidad: La Caixa  
IBAN: ES9821007047110200044529  
BIC/SWIFT: CAIXESBBXXX

Mediante **tarjeta de crédito:** en este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTERCARD  AMEX

Titular: .....

Número: .....

Vencimiento: .....

Remitiendo **cheque** a nombre de Fase 20 S.L. (Sólo se aceptarán los recibidos antes del 16/04/2014).

Nota: los gastos de cambio de moneda y transferencia serán por cuenta del congresista.

Fecha.....Firma

En cumplimiento de la Ley 15/1999 LOPD le informamos que sus datos serán incluidos en un fichero propiedad de la Sociedad Andaluza de Cardiología para su tratamiento con finalidades operativas de la Sociedad. (\*) Las respuestas tienen carácter obligatorio. Puede ejercer sus derechos de acceso a los datos, rectificación y cancelación mediante carta dirigida a SAC Camino de Ronda nº 42, bajo. 18004 Granada o a la dirección de correo electrónico secretariasac@sacardiologia.com adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.