Reunión Anual de la Asociación de Cardiología Clínica de la SEC

GRANADA 7-9 de octubre 2021

Hotel Barceló Granada Congress

Boletín de Inscripción

Por favor, envíen este boletín a:
Fase 20 Congresos
inscripciones@reunioncardiologiaclinica.com
www.reunioncardiologiaclinica.com

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

Datos Personales

(*)APELLIDOS_____(*)NOMBRE _____

(*)DIRECCIÓN_____

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

(*)TELÉFONO _____ (*)MÓVIL _____

(*)DNI _____(*)E-MAIL _____

Si tiene necesidades especiales de menú (vegetariano, celíaco, etc.) indíquelo aquí_____

_____

(Es imprescindible indicar siempre un e-mail)

Nota Importante: Para poder remitirles los certificados con los créditos concedidos a las actividades científicas necesitamos nos indiquen sus datos completos con DNI, NIE o pasaporte y dirección de mail.

Información de Inscripción

CUOTA INSCRIPCIÓN	COSTE
☐ Miembro Asociación Cardiología Clínica (3)	300,00€
☐ No Miembro	350,00€
☐ Residente (1)	210,00€
☐ Miembro Asociación Cardiología Clínica (Jubilado) (2)(3)	0,00€
☐ Médicos de Atención Primaria	175,00€

La inscripción a la reunión incluye:

- Documentación
- Acceso a Sesiones Científicas
- Pausas café.

21% de IVA INCLUIDO

(1) Imprescindible adjuntar certificado oficial de residencia firmado por el tutor.

(2) Imprescindible adjuntar documento que certifique estado de jubilado.

(3) Ser miembro de la Sociedad Española de Cardiología.

Forma de pago

☐ Mediante **transferencia bancaria** (es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia a inscripciones@reunioncardiologiaclinica.com indicando nombre de la Reunión y del asistente).

Titular de la Cuenta: Fase 20 S.L.
Entidad: CAJA RURAL
IBAN: ES35 3023 0110 4559 7267 7909
BIC/SWIFT: BCOEESMM023

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

Tipo de tarjeta: ☐ VISA ☐ MASTERCARD
Titular:
_____
Número:
_____
Vencimiento:
_____

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

☐ **Si requiere factura complete los siguientes campos:**

Empresa/persona que factura:
_____

NIF/CIF:
_____

Dirección postal:
_____

Fecha _____ Firma

☐ Mediante la marcación de la presente casilla, consiento el tratamiento de mis datos para el envío de información sobre éste y otros eventos organizados por FASE 20 S.L, de acuerdo con lo descrito en el presente documento.

Mediante la firma del presente documento declaro haber sido informado en relación con el tratamiento de mis datos.

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679, le informamos que los datos y la información que nos facilita a través de este medio será tratada por FASE 20 S.L. con C.I.F. B-18093591 y domicilio en C/ Mozárabe, 1, Edificio Parque Local 2, CP: 18006 - Granada, para la finalidad de realizar la inscripción y reserva de alojamiento y poder recibir información de diversa índole en la dirección que nos ha facilitado relacionada con los actos a realizar durante el Congreso al que nos ha solicitado inscribirse. Los datos proporcionados se conservarán mientras no solicite su cese y no se cederán a terceros, salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene el derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos, así como cualquier derecho reconocidos en el RGPD 2016/679, pudiendo dirigirse a la dirección postal señalada y al correo electrónico: rgpd@fase20.com

Puede ampliar más información sobre política de protección de datos reflejada en nuestra página: www.reunioncardiologiaclinica.com