**Por favor, enviar antes del 8 de noviembre**

**por email/fax a:**

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL DEPORTE**

TELF: +00 34 948 267706 - FAX.: +00 34 948 171431

**Correo electrónico: femede@femede.es**

NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ APELLIDOS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTITUCION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TITULACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tasas de inscripción** | **Antes del**  **18/7/2019** | **Del 18/7/2019 al 26/9/2019** | **Después de 27/9/2019 y en sede JJ** |
| Cuota General | 125,00 € | 150,00 € | 200,00 € |
| Miembros SEMED - FEMEDE | 100,00 € | 125,00 € | 175,00 € |
| Médicos MIR, doctorandos y becarios de investigación\* | 60,00 € | 75,00 € | 125,00 € |
| Estudiantes\*\* | 30,00 € | 30,00 € | 30,00 € |

**TOTAL POR PERSONA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Euros**

\* Es necesaria acreditación. Sin certificación se cobrará la cuota general.

\*\* Grados, Licenciaturas y Diplomaturas: Medicina, CC Actividad Física y Deporte, CC de la Salud...). Es necesaria acreditación. No se considera estudiantes los profesionales que cursen estudios, ni a graduados, licenciados y/o diplomados.

**FORMAS DE PAGO**

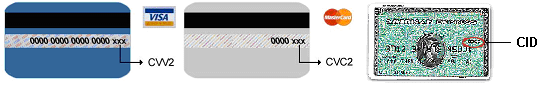
A/. TARJETA DE CREDITO: Autorizo a SEMED/FEMEDE a cargar la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Euros mediante mi tarjeta:

Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 

TITULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº. TARJETA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE CADUCIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CV2 (dígitos del reverso de la tarjeta):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(FIRMA DEL TITULAR. OBLIGATORIO)**

**Con mi firma, confirmo que he leído y acepto**

**todas las condiciones de este formulario.**

B/. TRANSFERENCIA BANCARIA: **(IMPRESCINDIBLE MANDAR COPIA DE TRANSFERENCIA POR CORREO ELECTRÓNICO), indicando obligatoriamente Nombre y apellidos del INSCRITO – JJ REUS**.

TITULAR: Sociedad Española de Medicina del Deporte.

BANCO: BBVA - **nº Cuenta: IBAN ES60 0182.5005.07.0201516173**

Los pagos se efectuarán en €uros, libres de tasas y comisiones bancarias para el receptor.

**Nota: En caso de precisar factura deberán facilitarse a la Sociedad Española de Medicina del Deporte los datos fiscales para su elaboración, hasta el 10 de diciembre de 2019.**