|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SEMED con leyenda | **DERECHOS DE INSCRIPCIÓN** |  |

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

 **por email a:**

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL DEPORTE**

TELF: +00 34 976 024509

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

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

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

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TITULACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tasas de inscripción** | **Antes del 30/10/2020** | **Después de 30/10/2020** |
| Cuota General | 60,00 € | 75,00 € |
| Miembros SEMED | 50,00 € | 60,00 € |
| Médicos MIR, doctorandos y becarios de investigación\* | 40,00 € | 50,00 € |

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

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

**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 ZARAGOZA20**.

TITULAR: Sociedad Española de Medicina del Deporte.

BANCO: CaixaBank - **nº Cuenta: IBAN ES13 2100 2259 4502 0022 3944**

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 2020.**

TELEMÁTICAS

(NO PRESENCIALES)