

XVIII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL DEPORTE UCAM - GUADALUPE (MURCIA) 25-27 NOVIEMBRE 2021 BOLETIN DE INSCRIPCION



Por favor, enviar por correo electrónico a:
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL DEPORTE
TELF: +00 34 976 23 71 29
Correo electrónico: femede@femede.es



NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
TELÉFONO: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____
E-MAIL: _____
INSTITUCION: _____ TITULACIÓN: _____

Tasas de Inscripción	Antes del 31/08/2021	Entre 1/09/2021 y 8/11/2021	Después de 8/11/2021 y en congreso
Cuota General	300,00 €	400,00 €	450,00 €
Miembros SEMED	250,00 €	350,00 €	400,00 €
Médicos MIR, doctorandos y becarios de investigación*	250,00 €	300,00 €	400,00 €
Médicos MIR, doctorandos y becarios de investigación* que presenten comunicación científica	200,00 €	250,00 €	400,00 €
Dietistas-Nutricionistas**	250,00 €	350,00 €	450,00 €
AEF***	250,00 €	350,00 €	450,00 €

CENA DE CLAUSURA	Antes del 10 Nov	Después del 11 Nov
Cena de Clausura (por persona)	50,00 € ****	70,00 €

TOTAL, POR PERSONA: _____ euros

- * Es necesaria acreditación. Sin certificación se cobrará la cuota general.
- ** Dietistas-Nutricionistas de asociaciones o colegios autonómicos de todo el territorio español. Es necesaria acreditación. Sin certificación se cobrará la cuota general.
- *** AEF. Asociación Española de Fisioterapeutas. Es necesaria acreditación. Sin certificación se cobrará la cuota general.
- **** Coste de la cena antes del 10 Nov subvencionado por la Organización del Congreso. Después del 10 Nov será el coste real de la cena.

Cuota General, SEMED, MIR, Dietistas/Nutricionistas y AEF. Incluye la asistencia a todas las sesiones científicas, la documentación del congresista, los cafés, los picnics de trabajo y la exposición comercial.

FORMAS DE PAGO

A/. TARJETA DE CREDITO: Autorizo a SEMED 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: **(IMPRESINDIBLE MANDAR COPIA DE TRANSFERENCIA VIA FAX)**, indicando obligatoriamente Nombre y apellidos del INSCRITO – Congreso Murcia.

TITULAR: Sociedad Española de Medicina del Deporte.

BANCO: **CaixaBank** - nº Cuenta: **IBAN ES64 2100 2345 2702 0030 4483**

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

De acuerdo con el derecho de información establecido en el artículo 12 del mismo RGPD y en base al artículo 11 de la LOPDGDD, se le facilita toda información sobre el tratamiento de sus datos personales en la siguiente URL: Información Laboral Group <https://intranet.laboralrgpd.com/rgpdA/index.php?id=7573.21400>

Nota: En caso de precisar factura deberán facilitarse a la Sociedad Española de Medicina del Deporte los datos fiscales para su elaboración.