



## Boletín de inscripción

Nº INSCRIPCIÓN

(A rellenar por la Secretaría Técnica)

### A. Participante

Dr./Dra.: ..... N.I.F.: .....

Dirección: ..... C.P.: .....

Población: ..... Provincia: .....

Teléfono: ..... Fax: ..... E-mail: .....

Profesión: ..... Centro de trabajo: .....

En cumplimiento de lo dispuesto en la LO 15/99 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, la persona inscrita autoriza de forma expresa a que los datos personales por ella facilitados sean incorporados a un fichero automatizado cuyo responsable es la Fundación General de la Universidad de Alcalá (Departamento de Congresos), para las finalidades operativas derivadas de la organización y gestión de la Reunión. El titular queda informado que podrá denegar el consentimiento anteriormente otorgado, así como ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación de los datos recogidos en el fichero, de acuerdo con la legislación vigente anteriormente indicada, dirigiéndose para ello a la Fundación General de la Universidad de Alcalá (Departamento de Congresos), C/ Imagen, 1-3. 28801 Alcalá de Henares (Madrid). Igualmente, autoriza de modo expreso la posibilidad de aparecer en las fotografías que desde la organización del evento pudiesen realizarse con la única finalidad de ser publicadas en las memorias correspondientes o en las publicaciones periódicas de las entidades promotoras del evento, sin perjuicio de su derecho de oposición que podrá ejercitar conforme a lo establecido en el punto anterior a nuestras oficinas.

### B. Asistencia a talleres

Indique en la casilla con una M ó una T si realizará cada taller por la mañana (M) o por la tarde (T)

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS

### C. Asistencia al Café con el experto

VACUNAS

DERMATOLOGÍA INFANTIL

PROBIÓTICOS

### D. Inscripción

Facturación a nombre de: .....

Dirección: ..... C.P. ....

Localidad: ..... Provincia: ..... N.I.F. ....

Asistencia a la cena de clausura:  Sí  No

Precio por persona: Hasta el 13 de abril Desde el 14 de abril

Socios de la SPMYCM

275 €

300 €

No Socio

325 €

350 €

MIR

225 €

250 €

Cena de la Reunión, exclusivamente

90 €

100 €

La cuota de inscripción incluye: Certificado de asistencia, cóctel de bienvenida, almuerzo, *coffee-break* y cena de la Reunión. La cuota de Cena de la Reunión es para las personas que no estando inscritas, deseen asistir a la misma.

### E. Reserva de Hotel

Hotel Torremangana\*\*\*\*

Habitación individual: 69,12 €\*

Habitación doble: 79,92 €\*

Fecha de llegada: ..... Fecha de salida: ..... Total noches: .....

\* Precio por habitación y noche, desayuno e impuestos (8 % IVA), incluidos.

### F. Forma de pago

Transferencia. Nº cuenta: 2038-2201-29-6000798915 Titular: Fundación General de la Universidad de Alcalá

Cheque nominativo

#### Enviar por fax justificante de ingreso a la Secretaría Técnica:

Fundación General de la Universidad de Alcalá. Departamento de Congresos.

C/ Imagen, 1 y 3. 28801 Alcalá de Henares (Madrid). Tel.: 91 879 74 30. Fax: 91 879 74 55. E-mail: [reunion.spmycm@fgua.es](mailto:reunion.spmycm@fgua.es)

La formalización de la inscripción y el taller y café con el experto asignado, se confirmarán vía fax o e-mail, en el plazo de 10 días desde la recepción de este boletín.