

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

**IMPORTANTE:**

- Rellene un ejemplar por congresista.
- Use Mayúsculas.
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... serán por cuenta del asistente.

Por favor, envíen este boletín a:

**Fase20**  
C/ Narváez Nº 15 1º Izqda. 28009 Madrid.  
Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959  
[www.reunioncardiologiaclinica.com](http://www.reunioncardiologiaclinica.com)  
[inscripciones@reunioncardiologiaclinica.com](mailto:inscripciones@reunioncardiologiaclinica.com)

### DATOS PERSONALES

(\*)APELLIDOS ..... (\*)NOMBRE .....

(\*)DIRECCIÓN .....

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

(\*)TELÉFONO..... (\*)MÓVIL ..... (\*)FAX.....

(\*)DNI..... (\*)E-MAIL.....

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

### INSCRIPCIÓN A LA REUNIÓN ANUAL

CUOTA INSCRIPCIÓN	COSTE
<input type="checkbox"/> MIEMBRO SECCIÓN CARDIOLOGÍA CLÍNICA/SOCANCAR	300,00 €
<input type="checkbox"/> NO MIEMBRO	350,00 €
<input type="checkbox"/> RESIDENTE (1)	210,00 €
<input type="checkbox"/> JUBILADO. MIEMBRO SECCIÓN CARDIOLOGÍA CLÍNICA (2)	0,00 €
<input type="checkbox"/> MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	175,00 €
<input type="checkbox"/> ACTIVIDAD PRE-CONGRESUAL (3). JUEVES (Tarde) RESIDENTE (1)(4)	50,00 €

6,5% IGIC Incluido.

**La inscripción a la reunión incluye:**

- Documentación
- Acceso a Sesiones Científicas
- Pausas - Café

- (1) Imprescindible adjuntar Certificado oficial de Residencia firmado por el/la tutor/a.  
 (2) Imprescindible adjuntar documento que certifique estado de jubilado.  
 (3) La actividad Pre-congresual por la mañana y tarde es gratuita para residentes ya inscritos.  
 (4) Para médicos y residentes que deseen solamente asistir a esta actividad por la tarde y que no estén inscritos a la Reunión.

Para información sobre condiciones y cancelaciones, visite la página web [www.reunioncardiologiaclinica.com](http://www.reunioncardiologiaclinica.com)

### FORMAS DE PAGO

Mediante **transferencia bancaria**

Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al correo electrónico: [inscripciones@reunioncardiologiaclinica.com](mailto:inscripciones@reunioncardiologiaclinica.com), indicando reunión y nombre del asistente. Una vez comprobemos el ingreso en nuestro extracto bancario, se notificará la confirmación de la inscripción por e-mail.

**Titular de la cuenta:** Fase 20, S.L.  
**Entidad:** SANTANDER  
**IBAN:** ES11 0049 5738 3521 1618 7545  
**BIC/SWIFT:** BSCHEMXX

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

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTERCARD

Titular .....

Número .....

Vencimiento .....

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

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.

# II Reunión conjunta de la Sección de la Cardiología Clínica de la SEC y de la Sociedad Canaria de Cardiología



Las Palmas 9-11 de Mayo de 2019

Palacio de Congresos de Canarias / Auditorio Alfredo Kraus

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: rgdp@fase20.es

Puede ampliar más información sobre política de protección de datos reflejada en nuestra página: [www.reunioncardiologiaclinica.com](http://www.reunioncardiologiaclinica.com)



Libre



Evento libre de humo de tabaco



#clincan19

[www.reunioncardiologiaclinica.com](http://www.reunioncardiologiaclinica.com)

**Fase20**  
congresos

C/ Narváez 15 - 28009 Madrid  
Tel. 902 430 960 - Fax: 902 430 959  
info@fase20.com - www.fase20.com