

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Sólo se aceptarán las reservas que vengan acompañadas del pago total correspondiente. Rogamos lea las condiciones de reserva y política de cancelaciones antes de cumplimentar el formulario.



25-26 de Noviembre de 2011
Barcelona, Palau de Congressos de Catalunya



Apellidos _____
Nombre _____ N.I.F. / C.I.F. _____
Dirección _____
C.P. _____ Población _____
Teléfono _____ Fax _____
E-mail del inscrito (obligatorio) _____
Centro de Trabajo _____
Factura a nombre de _____ N.I.F. / C.I.F. _____
Dirección _____ C.P. _____ Población _____
E-mail del receptor de la factura (obligatorio) _____

En cumplimiento de lo dispuesto en la LO 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán incorporados a un fichero responsabilidad de **sbc-servicios básicos de congresos** para finalidades de promoción y otras relacionadas con los cursos y congresos que organiza. La cumplimentación del presente formulario implica la autorización a **sbc-servicios básicos de congresos** para usar los datos personales facilitados con la finalidad citada. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y cancelación, en su caso, en la Secretaría de la Reunión.

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN (8% de IVA incluido)

Hasta 30/9/2011 Desde 1/10/2011

<input type="checkbox"/> Miembros AEDV	225 €	275 €
<input type="checkbox"/> Miembros AEDV Cuota Reducida*	100 €	150 €
<input type="checkbox"/> No miembros	550 €	600 €
<input type="checkbox"/> Médicos Residentes**	80 €	120 €

A partir del día **22 de Octubre** sólo se aceptarán inscripciones a las cuotas Científica y de Médicos Residentes.

** Imprescindible presentar documento acreditativo de su situación

INSCRIPCIÓN CURSOS Y TALLERES (escoja tres opciones, numerando del 1 al 3)

- | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> C1 Básico de Láser | <input type="checkbox"/> T1 Toxina Botulínica |
| <input type="checkbox"/> C2 Luz Pulsada | <input type="checkbox"/> T2 Implantes |
| <input type="checkbox"/> C3 Láser CO ₂ | <input type="checkbox"/> T3 Peeling-Dermoabrasión |
| <input type="checkbox"/> C4 Ecografía para Dermatólogos | <input type="checkbox"/> T4 Trasplante de grasa |
| <input type="checkbox"/> C5 Formulación Magistral | |
| <input type="checkbox"/> C6 Tricología | |
| <input type="checkbox"/> C7 Intolerancia a Cosméticos | |

La Organización recomienda a los asistentes la contratación de una póliza de seguro individual que cubra los posibles daños, personales, materiales o a terceros que pudieran acontecer durante su asistencia a la Reunión.

Las cuotas Reducida* y de Médicos Residentes incluyen:

El acceso a las actividades científicas contempladas en el programa y a la Exposición Comercial, asistencia a un taller o curso, documentación, programa, derecho a la presentación de comunicaciones y a optar a los premios convocados, cafés entre sesiones y certificado de asistencia. No incluye la asistencia a la Cena de la Reunión.

El resto de las cuotas contemplan el acceso a las sesiones científicas contempladas en el programa y a la Exposición Comercial, asistencia a un taller o curso, documentación, programa, libro de resúmenes, derecho a la presentación de comunicaciones y a optar a los premios convocados, cafés, certificado de asistencia y Cena de la Reunión.

Cursos y Talleres

Inscripción previa obligatoria. Plazas limitadas por riguroso orden de solicitud. Cada asistente podrá asistir a un sólo curso o taller.

La Organización se reserva el derecho a anular un curso o un taller si la asistencia no supera el mínimo establecido. Agradeceremos escojan tres opciones, por orden de interés, y la Secretaría les comunicará en cuál han sido admitidos. En el caso de no haber plazas en ninguno de los tres elegidos, se les dará opciones en aquellos cursos o talleres en los que queden plazas vacantes.

FORMA DE PAGO

TOTAL A PAGAR _____ €

1. TRANSFERENCIA BANCARIA por el importe total a favor de Academia Española de Dermatología y Venereología

Cuenta número **0030 - 1036 - 86 - 0297779273** IBAN **ES440030103686029779273** SWIFT **ESPCESMM**

Indicar como concepto de la transferencia el nombre de la persona que se inscribe. Por favor, envíe el justificante de la transferencia, junto con el Formulario de Inscripción cumplimentado por Fax o por correo electrónico a inscripciones@sbc-congresos.com

2. TARJETA DE CRÉDITO



Titular _____

Tarjeta Nº

Caducidad Código de Validación (CVC)

Con fecha y con mi firma, autorizo a la **Academia Española de Dermatología y**

Venereología a cargar en mi tarjeta de crédito la cantidad de _____ Euros

Firma del Titular
(indispensable si desea pagar con tarjeta)

Cancelaciones

Cualquier cancelación deberá solicitarse por escrito a la Secretaría Técnica. Antes del 12 de Septiembre se reembolsará el 100% de la inscripción. Antes del 30 de Septiembre se reembolsará el 50% de la cuota abonada. A partir del 1 de Octubre NO habrá reembolso alguno.

Todas las devoluciones se gestionarán una vez finalizada la Reunión.

El inscrito no tendrá derecho alguno a reclamar indemnización a la Organización si la Reunión tuviera que ser cancelada o retrasada, por causas inesperadas o de fuerza mayor, así mismo no reclamará indemnización alguna si el programa sufriera algún cambio por la no asistencia de alguno de los ponentes invitados.

El boletín de inscripción en papel es sólo a nivel informativo.

Todas las inscripciones deberán realizarse "online" a través de la web www.aedv-gtdermoc Cosmetica.es

La reserva hotelera y el envío de comunicaciones sólo "online" a través de la web www.aedv-gtdermoc Cosmetica.es

Secretaría Técnica



Mont-roig, 13 ático 2ª • 08006 Barcelona
Tel. 933 685 538 • Fax 933 685 829
dermoc Cosmetica@sbc-congresos.com