



Curso de Detección de Cáncer Cutáneo en Atención Primaria

11 de Enero y 8 de Febrero de 2012 - Barcelona

Sede del Curso

Centre Esther Koplowitz
Edificio CEK • Rosselló 149-153
08036 Barcelona

CLÍNICA
BARCELONA
Hospital Universitari

Servicio de
Dermatología

udm
unitat de melanoma

Boletín de Inscripción

| | | | |
|-------------------|-----------|-----------------------|--|
| Apellidos | | Nombre | |
| Dirección | | | |
| Población | | C.P. | |
| Teléfono | | Fax | |
| Hospital / Centro | | | |
| e-mail | | | |
| Razón Social | | NIF/CIF | |
| Dirección Fiscal | | | |
| Código Postal | Población | e-mail (razon social) | |

En cumplimiento de lo dispuesto en la LO 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados por Vd. serán incorporados a un fichero responsabilidad de **sbc servicios básicos de congresos** para finalidades de promoción 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 del Curso.

Cuota de Inscripción (IVA incluido)

| | |
|---|---|
| Hasta el 12/Diciembre/2011 <input type="checkbox"/> 290 € | A partir del 13/Diciembre/2011 <input type="checkbox"/> 390 € |
|---|---|

La cuota de inscripción incluye:

Material didáctico (libro y DVD), asistencia a las sesiones programadas, cafés entre sesiones y certificado de asistencia. Plazas limitadas.

Formas de Pago

1. TRANSFERENCIA BANCARIA por el importe total a favor de **sbc servicios básicos de congresos**

"la Caixa" cuenta número **2100 - 0964 - 01 - 0200119393** IBAN **ES27** SWIFT **CAIXESBBXXX**

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 _____

Autorizo a **SBC** a cargar en mi tarjeta la cantidad de €

Tarjeta Nº

Caducidad

Código de Validación (al dorso de la tarjeta, junto a la firma)

FIRMA TITULAR (indispensable)

Política de Cancelación

Las cancelaciones deben ser notificadas por escrito dirigido a la Secretaría Técnica. Si la cancelación se produce antes del **13 de Diciembre de 2011** se devolverá el 50% del total pagado. Si ésta es posterior a la fecha indicada no se realizará reembolso alguno.

Secretaría Técnica

sbc
servicios básicos de congresos

Mont-roig, 13 Atico 2ª • 08006 Barcelona
Tel. 933 685 538 • Fax 933 685 829

inscripciones@sbc-congresos.com • www.sbc-congresos.com