

DATOS PERSONALES

Apellidos _____
 Nombre _____
 Provincia _____
 Teléfono _____ Email _____
 Empresa patrocinadora / laboratorio: _____

| CUOTAS DE INSCRIPCIÓN | Hasta el 29 de enero | A partir del 30 de enero |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Inscripción SOCIO | <input type="radio"/> 315,00 € | <input type="radio"/> 365,00 € |
| Inscripción NO SOCIO | <input type="radio"/> 405,00 € | <input type="radio"/> 455,00 € |
| Inscripción de Enfermería y Fisioterapia SOCIO ¹ | <input type="radio"/> 160,00 € | <input type="radio"/> 200,00 € |
| Inscripción de Enfermería y Fisioterapia NO SOCIO ¹ | <input type="radio"/> 250,00 € | <input type="radio"/> 300,00 € |
| Inscripción Residentes SOCIO ² | <input type="radio"/> 160,00 € | <input type="radio"/> 200,00 € |
| Inscripción Residentes NO SOCIO ² | <input type="radio"/> 250,00 € | <input type="radio"/> 300,00 € |
| Inscripción Personal Investigador SOCIO ³ | <input type="radio"/> 160,00 € | <input type="radio"/> 200,00 € |
| Inscripción Personal Investigador NO SOCIO ³ | <input type="radio"/> 250,00 € | <input type="radio"/> 300,00 € |
| Jubilado SOCIO SEPAR ⁴ | Gratuita | |

1. Debe acompañar a la inscripción documento que acredite la formación como Enfermero/a o Fisioterapeuta, o bien acreditación del Jefe de Servicio o Unidad en caso de trabajar en un Hospital.
 2. Debe acompañar a la inscripción la acreditación del Jefe de Servicio o Unidad.

3. Licenciados no médicos con dedicación exclusiva en investigación de enfermedades respiratorias y torácicas han de enviar el certificado que lo acredite para que se tramite su inscripción.

4. Enviar fotocopia DNI, pasaporte o documento oficial, donde conste su identificación personal y fecha de nacimiento, fotocopia de documento acreditativo de su jubilación en la actividad asistencial o escrito personal que acredite su veracidad.

En caso de cancelación no se realizará reembolso. Sólo se permite cambio de nombre

La cuota de inscripción incluye asistencia a las sesiones, documentación de la Reunión, certificado de asistencia, café y almuerzo de trabajo.

Precios con IVA vigente incluido.

ÁREAS

Es necesario marcar un área concreta según el interés expreso del congresista, aunque se puede asistir a las diferentes sesiones del resto de Áreas.

NO SE TRAMITARÁ NINGUNA INSCRIPCIÓN QUE NO ESTÉ DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA.

- ASMA NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
 CIRCULACIÓN PULMONAR ONCOLOGÍA TORÁCICA
 CIRUGÍA TORÁCICA NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA, FUNCIÓN PULMONAR Y TRASPLANTE
 TIR

FORMA DE PAGO

- TRANSFERENCIA BANCARIA a favor de Viajes El Corte Inglés S.A. (libre de cargas)
 Banco Santander: ES89 0049 9645 0131 2632 9034
 (Imprescindible adjuntar copia de la transferencia)
- TARJETA DE CRÉDITO: Enviando un mail a: reunionesdeinvierno.separ@viajeseci.es con el formulario cumplimentado y le enviaremos el link de pago directo. O realizando la inscripción on-line a través de la web: <https://www.reunionesdeinviernosepar.com>

EN CASO DE PRECISAR FACTURA: por favor cumplimente estos datos:

Apellidos _____
 Nombre _____ CIF/NIF _____
 Domicilio _____ CP _____
 Localidad _____ Provincia _____

14 Y 15 DE
FEBRERO 2025
MÁLAGA
HOTEL NH MÁLAGA

REUNIÓN DE
INVIERNO CONJUNTA
ÁREAS SEPAR

34

 Sociedad Española
de **Neumología**
y **Cirugía Torácica**
SEPAR

VIAJES
El Corte Inglés

CONGRESOS

SECRETARÍA TÉCNICA

Viajes El Corte Inglés, S.A.
 Congresos
 Tel. 91 330 07 25
reunionesdeinvierno.separ@viajeseci.es