



## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Enviar debidamente cumplimentado a:  
**VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A. – Congresos Científico-Médicos**  
 C/ Alberto Bosch, 13 – 4ª y 5ª planta. 28014 Madrid (España)  
 Tel.: + 34 91 330 05 79 • Fax: + 34 91 420 39 52 • e-mail: [seram.inscripciones@viajeseci.es](mailto:seram.inscripciones@viajeseci.es)

### DATOS PERSONALES

Apellidos: ..... Nombre: .....  
 DNI: ..... Domicilio: .....  
 Localidad: ..... CP: ..... Provincia: .....  
 Teléfono: ..... Fax: ..... E-mail: .....

### CUOTAS

	Hasta el 6 febrero	Después del 6 febrero
<input type="checkbox"/> Socio de número:	450,00 €	560,00 €
<input type="checkbox"/> Socio internacional:	500,00 €	560,00 €
<input type="checkbox"/> No socio:	680,00 €	790,00 €
<input type="checkbox"/> Socio Residente:	300,00 €	350,00 €
<input type="checkbox"/> Residente no socio:	490,00 €	570,00 €
<input type="checkbox"/> Socio Jubilado:	0,00 €	0,00 €
<input type="checkbox"/> Corresponsal:	300,00 €	370,00 €
<input type="checkbox"/> Cuota de día:	230,00 €	230,00 €
<input type="checkbox"/> *TSID socio SERAM:	110,00 €	138,00 €
<input type="checkbox"/> *TSID no socio SERAM:	160,00 €	187,00 €
<input type="checkbox"/> **Estudiantes de medicina y TSID:	0,00 €	0,00 €

\* Precios IVA vigente incluido

\*TSID: Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico.

\*\* Será necesario acreditar la condición de estudiante presentando fotocopia del carnet correspondiente.

Para inscribirse a uno de los Cursos Pre-congreso (miércoles 23 de mayo), será imprescindible marcar la casilla correspondiente:

Curso Precongreso I. Editorialismo  Curso Precongreso II. Imagen Oncológica  Curso Precongreso III. Radiología basada en casos

\*Cupos limitados. La adjudicación de plazas se realizará por riguroso orden de llegada de este boletín a la Secretaría

### FORMA DE PAGO:

**Transferencia Bancaria** a favor de Viajes El Corte Inglés, S.A. libre de cargas en la cuenta:  
 Banco Santander Central Hispano: Nº. ES37 0049 1500 03 2810355229 (Rogamos adjunte copia de la transferencia)

**Tarjeta de Crédito:**  VISA  MASTERCARD  AMEX

Titular: ..... D.N.I.: .....

Nº de Tarjeta: ..... Caducidad: ...../...../..... (dd/mm/aa) C.V.V.: .....

Autorizo el cargo a mi tarjeta por los importes reseñados.

Firma:

### NOTAS IMPORTANTES:

1. La cuota de inscripción completa incluye: Cursos Precongreso, Sesiones Científicas, Documentación y Café.
2. La cuota de inscripción no incluye: Almuerzos
3. Será necesario acreditar la condición de miembro, residente, corresponsal, técnico, diplomado en enfermería, estudiante.
4. En caso de cancelación no se realizará reembolso.

### DATOS PARA LA EMISIÓN DE LA FACTURA

Nombre y apellidos o razón social: .....

C.I.F./N.I.F.: ..... Domicilio social: .....

Localidad: ..... C.P.: ..... Provincia: .....

Persona de contacto: .....

Tel.: ..... Fax: ..... E-mail: .....