# 5º CURSO

## TRATAMIENTOS DE SOPORTE EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

**Madrid, 23 y 24 febrero 2012**

APELLIDOS: . . . . . NOMBRE: . . . . . .

HOSPITAL O CENTRO: . . . . . .

DOMICILIO: . . . . . D.N.I.: . . . . . .

LOCALIDAD: . . . . . C.P.: . . . . . PROVINCIA: . . . . . .

TELÉFONO: . . . . . FAX: . . . . . E-MAIL: . . . . . .

. . . . . .

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

| | |
|---|---|
| ESPECIALISTAS | ❑ 500,00 € |
| RESIDENTES | ❑ 400,00 € |
| ENFERMERÍA Y TER | ❑ 300,00 € |

**Acreditar tipo de inscripción por medio de certificación.*
*Las cuotas de inscripción incluyen: acceso a todas las sesiones científicas, documentación oficial y asistencia a los actos sociales programados, certificado de asistencia, almuerzo de trabajo, cafés.*

FORMA DE PAGO

- Tarjeta de Crédito: ❑ Visa ❑ Mastercard

Titular de la tarjeta: ..... D.N.I.: .....

Nº de Tarjeta:.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... /.... / Caducidad: ..... /..... (mm/aa) CVC: .....

Autorizo a GRUPO ARÁN a cobrar de mi tarjeta de crédito el importe anteriormente indicado.

Fecha: ..... (dd/mm/aa) Firma Autorizado: .....

- Talón nominativo a Grupo Arán de Comunicación: debe ser enviado (junto con el boletín de inscripción) a la Secretaría Técnica: Grupo Arán de Comunicación. Castelló, 128-1º. 28006 Madrid. Tel.: +34 91 782 00 33. Fax: 91 561 57 87. e-mail: congreso@grupoaran.com
- Transferencia Bancaria a Grupo Arán de Comunicación: libre de cargas en la cuenta: Nº. 2038 1725 1261 000 16 160. Indicando claramente: "5 CURSO TRATAMIENTOS DE SOPORTE" remitido por: (nombre del congresista). Rogamos envíen copia de la transferencia por fax: +34 91 561 57 87 o por correo electrónico: congreso@grupoaran.com

NOTAS IMPORTANTES

- Es imprescindible adjuntar el pago para tramitar la inscripción.
- Las inscripciones recibidas fuera de plazo no se consideran formalizadas, así como los boletines no acompañados de pago. Se enviará certificadode inscripción como acreditación para cada congresista.
- No se admiten solicitudes de inscripción por teléfono.

EN CASO DE PRECISAR FACTURA, POR FAVOR, CUMPLIMENTE LOS SIGUIENTES DATOS:

Nombre y Apellidos o Razón Social: . . . . . .

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

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

Teléfono: . . . . . Fax: . . . . . E-mail: . . . . . .

*Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial. De acuerdo con la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, el titular de estos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito a grupo arán de comunicación: c/ castelló 128 - 1º . 28006 madrid*