

ROGAMOS REMITAN ESTE BOLETÍN TOTALMENTE CUMPLIMENTADO A:  
VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A - DIVISIÓN CONGRESOS  
TELF.: 902 930 167 /FAX: 902 930 168  
e-mail: [24congresoAEN@viajeseci.es](mailto:24congresoAEN@viajeseci.es)

NOMBRE Y APELLIDOS:		CIUDAD:	
DIRECCIÓN		CIUDAD:	
TELÉFONO:	FAX:		
E-MAIL:	LABORATORIO:		

TIPO DE CUOTA	COLECTIVO	ANTES DEL 16/04/09	DESPUES DEL 16/04/09
<b>NO SOCIOS</b>	MEDICOS	<input type="checkbox"/> 575,00 €	<input type="checkbox"/> 625,00 €
	NO MEDICOS	<input type="checkbox"/> 475,00 €	<input type="checkbox"/> 525,00 €
	RESIDENTES MEDICOS	<input type="checkbox"/> 400,00 €	<input type="checkbox"/> 450,00 €
	RESIDENTES NO MEDICOS	<input type="checkbox"/> 350,00 €	<input type="checkbox"/> 400,00 €
<b>SOCIOS AEN - FEARP</b>	MEDICOS	<input type="checkbox"/> 475,00 €	<input type="checkbox"/> 525,00 €
	NO MEDICOS	<input type="checkbox"/> 350,00 €	<input type="checkbox"/> 400,00 €
	RESIDENTES MEDICOS	<input type="checkbox"/> 300,00 €	<input type="checkbox"/> 350,00 €
	RESIDENTES NO MEDICOS	<input type="checkbox"/> 250,00 €	<input type="checkbox"/> 300,00 €
<b>ESTUDIANTES (1)</b>		<input type="checkbox"/> 150,00 €	<input type="checkbox"/> 175,00 €
<b>BECAS AEN (2)</b>			
<b>CENA DE GALA</b>		<input type="checkbox"/> 60 €	

- (1) INSCRIPCIONES LIMITADAS, CONCEDIDAS POR ORDEN DE SOLICITUD HASTA EL 16 DE ABRIL A PRELICENCIADOS (CON CERTIFICADO OFICIAL DE ESA CONDICION A LA FECHA DE INSCRIPCIÓN).
- (2) CONDEDIDAS POR CADA ASOCIACION AUTONIMICA EN NUMERO LIMITADO. SE SOLICITARAN POR EL SOCIO INTERESADO A SU PROPIA ASOCIACION AUTONOMICA QUE HABRA DE ABONARLAS ANTES DEL 16 DE ABRIL.

Taller Precongresual	RESIDENTES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Taller Precongresual	TUTORES	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Taller Precongresual	SEGURIDAD PACIENTE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

- Acceso a un Taller Precongresual con la Inscripción al Congreso.  
 Aforo máximo de 100 participantes en cada Taller.

TOTAL SERVICIOS \_\_\_\_\_ Euros

**FORMA DE PAGO:**

TARJETAS DE CRÉDITO:

EL CORTE INGLÉS     AMERICAN EXPRESS     DINNERS CLUB     VISA

OTRAS \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TITULAR \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TARJETA \_\_\_\_\_ CAD: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TITULAR**

Autorizo a Viajes El Corte Inglés a cargar en mi tarjeta los servicios detallados en este boletín

TRANSFERENCIA BANCARIA:

**(Imprescindible adjuntar copia al fax 902 930 168)**

**TITULAR VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A. C.C. 0049 1500 03 2810355229**