

Formulario de Inscripción Congreso SEOMI

Datos personales

Nombre _____ Apellidos _____
NIF _____ F. nacimiento _____ Nacionalidad _____
Domicilio particular _____
C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____
Tel. _____ Móvil _____ Fax _____
E-mail _____ Página web _____

Facturar a:

Nombre Dr./Dra. o Sociedad Fiscal _____
NIF/CIF _____ Dirección _____
C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Cuotas de inscripción

Socios: 100€
No socios: 200€

Forma de pago

TRANSFERENCIA BANCARIA.

Realizar transferencia bancaria a favor de SEOMI entidad CAJA NAVARRA N° de cuenta: 2054 0300 51 9148400087.

El comprobante de la transferencia puede enviarse por fax (93 202 22 98) o bien a info@seomi.org
No se aceptará ninguna inscripción sin la copia de transferencia **indicando el nombre de la persona inscrita**

TARJETA DE CRÉDITO. Autorizo a Sociedad Española de Odontología Mínimamente Invasiva a cargar la cantidad de _____ € en mi tarjeta de crédito.

VISA Master Card Diners Club 4B

Número de tarjeta _____ Caducidad _____

Código de seguridad CVV2, CVC2 o CID (**) _____ (imprescindible)

(**) En las tarjetas VISA y Master Card tres últimos números al final del área de la firma.

Títular de la Tarjeta (Mayúsculas) _____

NIF: _____

Fecha

Firma (imprescindible)

Enviar el "Formulario de inscripción al Congreso" al fax 93 202 22 98, indicando el nombre de la persona inscrita.

Términos y condiciones de inscripción:

Las cancelaciones deberán comunicarse por escrito a la Secretaría Técnica antes del 1 de enero de 2011. La organización devolverá la totalidad del importe menos un 25% en conceptos de gastos de administración. A partir de esa fecha no se realizarán devoluciones. Éstas se realizarán finalizado el congreso.