

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ PROVINCIA: _____

TELEFONO FIJO: _____ MOVIL: _____

E-MAIL: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

Socio SOCAMPAR _____	300 €	MIR No Socio SOCAMPAR _____	150 €
No Socio SOCAMPAR ____	350 €	Enfermería Socio SOCAMPAR _____	Gratuito (Es necesario inscribirse)
MIR Socio SOCAMPAR ____	100 €	Enfermería no Socio SOCAMPAR _____	150 €

FORMA DE PAGO: Remitir el Boletín de Inscripción junto con el justificante de transferencia realizada en **Liberbank, nº cta: IBAN ES50 21054000893400038923**, al correo electrónico: **congreso@socampar.com** o al fax: **969 214 473**. No se cursará ninguna inscripción sin previo abono. La Secretaría Técnica entregará a los congresistas una tarjeta identificativa que en todo momento servirá para acceder a las Sesiones del Congreso y que podrá ser requerida por la Organización.

PLAZO DE INSCRIPCIÓN: hasta el día **25 de marzo de 2022**.



SOCAMPAR
SOCIEDAD
CASTELLANO MANCHEGA
DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA