

# BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN



NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_ MÓVIL: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

Socio SOCAMPAR: _____	<input type="checkbox"/>	300 €	Enfermería/Fisioterapia Socio SOCAMPAR (solo acceso a ponencias): _____	<input type="checkbox"/>	Gratuito
No Socio SOCAMPAR: _____	<input type="checkbox"/>	350 €	(es necesario inscribirse)		
MIR Socio SOCAMPAR: _____	<input type="checkbox"/>	100 €	Enfermería/Fisioterapia Socio SOCAMPAR: _____	<input type="checkbox"/>	100€
MIR No Socio SOCAMPAR: _____	<input type="checkbox"/>	150 €	Enfermería/Fisioterapia No Socio SOCAMPAR: _____	<input type="checkbox"/>	150€

**FORMA DE PAGO:** Remitir el Boletín de Inscripción junto con el justificante de transferencia realizada en **Unicaja Banco, nº cta: ES08 2103 7007 3600 3005 1619**, al correo electrónico: [congreso@socampar.com](mailto:congreso@socampar.com). 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 **28 de febrero de 2024**.



**SOCAMPAR**  
SOCIEDAD  
CASTELLANO MANCHEGA  
DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA