|  |
| --- |
| **Datos Personales**Tratamiento: Nombre: Escriba Aquí Su NombreApellidos: Escriba Aquí Su ApellidoDNI: escriba aquí su DNIEmail de contacto: escriba aquí su e-mailDirección: escriba aquí su dirección de contactoCiudad:       Código Postal:      Provincia:       País:       |
| **Centro/Institución de trabajo**Centro / Institución:      Departamento / Servicio:      Dirección:      Ciudad:       Código Postal:      Provincia:       País:       |
| **Tipo de Inscripción**

|  |  |
| --- | --- |
| Miembros SEIQ, SEIB | [ ]  300,00 € |
| No miembros SEIQ | [ ]  350,00 € |
| Residentes\* / Doctorandos\* (menores de 30 años) | [ ]  250,00 € |
| Estudiantes Medicina\* | [ ]  50,00 € |

\* imprescindible presentar certificado acreditativo de dicha condición, de lo contrario, la inscripción se considerará incompleta, habiéndose de abonar la cuantía completa correspondiente |

Para formalizar la inscripción enviar este documento junto con el comprobante de pago o de la transferencia bancaria de la cuota de inscripción al email del congreso: seiq2018@gmail.com