

8-9 noviembre 8th-9th november **MADRID-2018****BOLETÍN · INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO / REGISTRATION & ACCOMODATION FORM****Por favor, rellene este formulario y envíelo a: / Please fill out this form and send it to:**

VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A. · Congresos Científico-Médicos · C/ Alberto Bosch, 13. 28014 Madrid · Tel.: + 34 91 330 05 79 · E-mail: cirugiaendovascular@viajeseci.es

DATOS PERSONALES / PERSONAL DATA

Apellidos / Last Name: _____

Nombre / First Name: _____ D.N.I. / ID N°: _____

Centro de trabajo / Place of work: _____

Dirección / Address: _____ C.P. / Post Code: _____ Población / City: _____

Tel. / Phone: _____ E-mail: _____

CUOTA DE INSCRIPCIÓN / REGISTRATION FEE

- Hasta el 15 de octubre / Until October 15th: **410€** (*496,10€).
- Desde el 16 de octubre / From October 16th: **480€** (* 580,80€).

21% IVA incluido Cancelaciones: 100% gastos. Se permite cambio de nombre. **21% IVA incluido Cancelaciones: 100% gastos. Se permite cambio de nombre.****ALOJAMIENTO / ACCOMMODATION**Habitación DUI / DUI Room: **154€**Habitación Doble / Double Room: **176€**Régimen alojamiento y desayuno / Breakfast included
10% IVA incluido / 10% VAT included

Fechas / Dates (día / mes / año) (day / month / year)

Entrada / Check-In: _____

Salida / Check-Out: _____

Total importe alojamiento / Total accommodation: _____ €

IMPORTE TOTAL / TOTAL AMOUNT: _____ €**FORMA DE PAGO / FORMS OF PAYMENT**

-
- TRANSFERENCIA BANCARIA**
- (libre de cargas) a favor de:

Viajes El Corte Inglés, S.A. BANK TRANSFER Free of payee charges to VIAJES EL CORTE INGLES, S.A.Banco Santander Central Hispano **IBAN: ES37 0049 1500 03 2810355229** (Por favor envíe copia de la transferencia) / (Please send proof of bank transfer)

-
- Tarjeta de Crédito / CREDIT CARD:**

 VISA **MASTERCARD** **AMEX**

Titular / Holder: _____ DNI · NIF / ID N°: _____

N° de Tarjeta / Card N°: _____ Caducidad / Expiry date: ____ / ____ (mm/yy) C.VV. _____

Autorizo cargo a mi tarjeta por los importes reseñados. / I here by authorize the amounts set out to be charged to my card.

Firma / Authorized signature: _____

EN CASO DE NECESITAR FACTURA, POR FAVOR CUMPLIMENTE LOS SIGUIENTES DATOS / IN CASE YOU NEED AN INVOICE, PLEASE, FILL IN THE FOLLOWING FISCAL DETAILS

Razón social / Company name: _____ CIF / Tax Code: _____

Domicilio Social / Registered Address: _____

Localidad / City: _____ Provincia / Country: _____ C.P. / Post Code: _____

E-mail: _____

PROTECCIÓN DE DATOS: La recogida de datos en el presente formulario se basa en el cumplimiento de lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (RGPD). De acuerdo con lo establecido en el artículo 13 del RGPD, le informamos sobre los siguientes extremos relacionados con la protección de datos personales y de la base legal del tratamiento: Responsable del tratamiento es el Capítulo de la Sociedad Científica Médica, con NIF G-63805675. Base legal para el tratamiento: La base legal y finalidad del tratamiento es la de gestionar y cumplir los servicios que presta el Responsable y el cumplimiento de los Estatutos de nuestra Sociedad. Encuestas para mejorar nuestros servicios, estudios de mercado, datos estadísticos y tendencias del sector, así como mantenerle informado sobre nuestra Sociedad y los servicios que ofrece. Criterios de conservación de los datos: Los datos facilitados por los interesados se conservarán mientras exista un interés mutuo para las partes. Cuando ya no sea necesario el tratamiento, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. Comunicación de los datos: Sus datos personales no serán cedidos a terceros salvo que dicha cesión sea necesaria para la prestación de un servicio al Responsable del tratamiento o que una ley así lo disponga. En todo caso el tratamiento por parte de terceros se ajustará a lo establecido en el artículo 28 y siguientes del RGPD. Derechos que asisten a los interesados: Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, derecho de acceso, rectificación y supresión de sus datos y a la limitación u oposición al su tratamiento, derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Los interesados pueden ejercer sus derechos, en los términos previstos en los artículos 15 y siguientes del RGPD, dirigiéndose a Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, con domicilio en el Paseo de la Bonanova, 47, 08017 - Barcelona, o a la dirección electrónica: secretario@cirugiaendovascular.com. Consentimiento expreso: de acuerdo con lo establecido en el RGPD, se entenderá que los interesados prestan su consentimiento mediante una manifestación de voluntad libre, específica e informada por la que aceptan el tratamiento de los datos que le conciernen, por lo que le informamos de al facilitar sus datos, interesados aceptan expresamente los términos aquí establecidos.