

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

---

Por favor, envíenos este formulario debidamente cumplimentado por email a [facetoface@umentomamarionavarra.com](mailto:facetoface@umentomamarionavarra.com)

Estoy interesad@ en asistir al **Curso: "Face to Face en Aumento Mamario"** los días **27-28 de septiembre de 2019** en el Centro de Congresos Castillo de Gorraiz de Pamplona. Adjunto les remito justificante de transferencia bancaria a nombre de Face to Face por valor de:

### INSCRIPCIONES:

- |  |      |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Miembros AECEP-SECPRE (antes 30-junio-2019)   | 300€ |
| <input type="checkbox"/> Miembros AECEP-SECPRE (después 30-junio-2019) | 380€ |
| <input type="checkbox"/> Residentes (No incluye Cena de Gala)          | 220€ |

\* Todos los Residentes deberán acreditar su condición mediante Certificado del Jefe de Servicio.

Forma de pago:

Transferencia Bancaria (Se debe adjuntar justificante) Caja Rural de Navarra

**IBAN: ES67 3008 0074 6439 9462 6129**

Las inscripciones se realizarán por riguroso orden de recepción. Política de Cancelaciones: A partir del 10 de septiembre no se devolverá ningún importe. Las cancelaciones deberán ser notificadas por carta o correo electrónico a la dirección del presente documento.

Sus datos (\*obligatorios):

Apellidos\*: \_\_\_\_\_ Nombre\*: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia\*: \_\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil\*: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail\*: \_\_\_\_\_

### SON LOS MISMOS DATOS PARA REALIZAR SU FACTURA? \*

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (L. O. 15/1999) le informamos que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de un fichero titularidad de la CLÍNICA Dr. LOZANO ORELLA cuya finalidad exclusiva es la gestión del presente curso. Para satisfacer esta finalidad, solicitamos su consentimiento para comunicar los datos que nos proporciona a los sponsors de la actividad con la finalidad de informarles sobre sus productos y servicios que consideramos de su interés.

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada L. O. 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de NIF., dirigido a la CLÍNICA Dr. LOZANO ORELLA .

No deseo la comunicación de mis datos

Fecha:

Firma: