

Complete en letras mayúsculas y envíe este formulario junto con el pago, por fax o correo postal, a la **Secretaría:**  
TILESA OPC, S.L. - Londres, 17 - 28028 MADRID - Tel. 91 3612600 - Fax: 91 3559208 - Email: [jornadas@patologiadual.es](mailto:jornadas@patologiadual.es)

**A. INSCRIPCIÓN**  Sr.  Sra.  Dr.  Prof. \* Campos Obligatorios

NOMBRE *	_____	APELLIDOS *	_____
CENTRO DE TRABAJO *	_____		
CARGO	_____		
DIRECCIÓN *	_____		
CIUDAD *	_____	PROVINCIA *	_____
PAÍS *	_____	CÓDIGO POSTAL *	_____
TELÉFONO	_____	FAX	_____
EMAIL *	_____	TEL. MOVIL	_____

**B. CUOTA DE INSCRIPCIÓN** (IVA incluido)

	Hasta 1 abril 2009	Después 1 abril 2009	En la sede
Médicos / Psiquiatras	<input type="checkbox"/> 320€	<input type="checkbox"/> 350€	<input type="checkbox"/> 400€
Talleres* (Médicos / Psiquiatras)	<input type="checkbox"/> 80€	<input type="checkbox"/> 100€	<input type="checkbox"/> 150€
Resto de profesionales	<input type="checkbox"/> 270€	<input type="checkbox"/> 300€	<input type="checkbox"/> 350€
Talleres* ( Resto de profesionales)	<input type="checkbox"/> 60€	<input type="checkbox"/> 80€	<input type="checkbox"/> 130€

\* La inscripción a los Talleres es bajo petición. Para inscribirse a un taller es imprescindible estar inscrito a las Jornadas. Todos los talleres se celebrarán el 28 de mayo. Elija dos opciones (indique nombre del taller) por orden de preferencia. El cargo del taller a la tarjeta no será realizado hasta que no se confirme su plaza en alguno de ellos.

**Taller seleccionado por orden de preferencia:**

1º OPCIÓN:

2º OPCIÓN:

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN PARA INSCRIPCIONES**

Todas las cancelaciones deberán ser solicitadas por escrito dirigido a la Secretaría de las Jornadas. Aquellos participantes inscritos que por alguna razón no puedan asistir a la Jornada, podrán solicitar el reembolso según las siguientes condiciones: Si la cancelación se realiza **antes del 30 de abril de 2009** tendrán un cargo de 10% por gastos de tramitación. Cancelaciones recibidas **después del 30 de abril de 2009**, no tendrán derecho a reembolso. Todos los reembolsos que procedan serán realizados una vez finalizadas las jornadas por medio de transferencia bancaria.

**C. RESERVA DE HOTEL** (precios por noche en régimen de alojamiento y desayuno, impuesto 7% IVA incluido)

	Habitación Doble uso individual	Habitación Doble	Fecha de Llegada _____
Hotel Meliá Castilla ***** (Sede de las Jornadas)	<input type="checkbox"/> 171,20 €	<input type="checkbox"/> 187,25 €	Fecha de Salida _____
			Nº de Noches _____

Para garantizar su reserva, debe realizar el pago total de su estancia  
**Todos los pagos de hotel deben realizarse mediante tarjeta de crédito**

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN PARA ALOJAMIENTO**

Todas las cancelaciones deberán ser solicitadas por escrito dirigido a la Secretaría de las Jornadas. Las cancelaciones recibidas **antes del 15 de abril de 2009** tendrán un cargo del 15% por gastos de tramitación. Cancelaciones recibidas **entre el 15 de abril y el 7 de mayo de 2009** tendrán un cargo del 50% por gastos de tramitación. Cancelaciones recibidas **después del 7 de mayo de 2009**, no tendrán derecho a reembolso. Todos los reembolsos que procedan serán realizados una vez finalizadas las Jornadas por medio de transferencia bancaria.

## FORMA DE PAGO

### TARJETA DE CRÉDITO

#### Visa, Mastercard, Eurocard y AMEX (únicas tarjetas aceptadas).

Autorizo a TILESAS OPC, S.L. a cargar en esta tarjeta de crédito la cantidad total. Con mi firma confirmo que he leído y conozco todas las políticas de cancelación de este formulario.:

IMPORTE INSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_ €

IMPORTE ALOJAMIENTO: \_\_\_\_\_ €

IMPORTE TOTAL (Inscripción + Alojamiento): \_\_\_\_\_ €

Visa  Mastercard  Eurocard  Amex

Nº Tarjeta de Crédito | |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

Fecha de caducidad | |\_| | / | |\_| |

Código de Validación | |\_| |\_| |\_| |\_|

*(obligatorio) El código de validación de la tarjeta es el número de 3 dígitos que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de crédito (o un código de 4 dígitos en la parte frontal de las tarjetas American Express)*

Nombre y firma del Titular:

*(obligatorio)*

### TRANSFERENCIA BANCARIA

Si utiliza esta forma de pago, no olvide incluir en la transferencia el texto "Inscripción XI Jornadas Nacionales de Patología Dual", más su nombre y enviar junto con este formulario copia de la transferencia a TILESAS OPC, S.L.. (Les recordamos que los gastos de la transferencia deben ser abonados por el ordenante):

IMPORTE INSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_ €

IMPORTE ALOJAMIENTO: \_\_\_\_\_ €

IMPORTE TOTAL (Inscripción + Alojamiento): \_\_\_\_\_ €

Titular: TILESAS OPC, S.L.

Banco: BARCLAYS

Cuenta: ES03 0065 0156 51 0001041995

SWIFT CODE: BARCESMM

Fecha y Firma

*(obligatorio)*

**No se tramitará ninguna inscripción que no venga acompañada de la copia de la transferencia bancaria o con número de tarjeta de crédito y debidamente firmada.**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 34/2002, de 11 de Julio, de Servicio de la Sociedad de la Información y Correo electrónico, le informamos que mediante la cumplimentación del presente formulario, los datos que usted nos facilite quedaran incorporados y seran tratados en un fichero de titularidad de la Asociación Española de Patología Dual, para poder ofrecer los servicios solicitados, así como mantenerle informado, Usted dá su consentimiento expreso para que Xi Jornadas Nacionales de Patología Dual puedan utilizar sus datos para este fin concreto. Así mismo le informamos de la posibilidad que tiene de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de su datos de caracter personal mediante correo electrónico dirigido a [jornadas@patologia-dual.com](mailto:jornadas@patologia-dual.com) o bien mediante escrito dirigido a la Secretaría del Congreso: TILESAS OPC, S.L., Londres, 17. 28028 Madrid