|  |
| --- |
| **Datos Personales**  Tratamiento:  Nombre: Escriba Aquí Su Nombre  Apellidos: Escriba Aquí Su Apellido  DNI: escriba aquí su DNI  Email de contacto: escriba aquí su e-mail  Dirección: escriba aquí su dirección de contacto  Ciudad:       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](mailto:seiq2018@gmail.com)