

# VIII CONGRESO IBEROAMERICANO DE IMPLANTES COCLEARES Y CIENCIAS AFINES

5 - 8 DE JUNIO | PAMPLONA, ESPAÑA

# GICCA 2019

## BOLETIN DE INSCRIPCIÓN

Enviar debidamente cumplimentado a:

**VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A. - Congreso Científico Médicos**

C/ Alberto Bosch, 13 5ª planta. 28014 Madrid (España)

Tel.: + 34 91 330 05 79 • Fax: + 34 91 420 39 52 • e-mail: [gicca2019@viajeseci.es](mailto:gicca2019@viajeseci.es)

Apellidos: .....  
Nombre: .....  
DNI: ..... Domicilio: .....  
Localidad: ..... CP: ..... Provincia: .....  
Teléfono: ..... E-mail: .....

### Cuotas de inscripción:

Hasta el 29 abril de 2019

Después del 30 abril de 2019

<input type="checkbox"/> Médico Otorrino miembro GICCA.....	<b>380,00 €</b> .....	<b>450,00 €</b>
<input type="checkbox"/> Médico Otorrino miembro SEORL.....	<b>380,00 €</b> .....	<b>450,00 €</b>
<input type="checkbox"/> No socio.....	<b>450,00 €</b> .....	<b>500,00 €</b>
<input type="checkbox"/> **Residente acreditado .....	<b>185,00 €</b> .....	<b>225,00 €</b>
<input type="checkbox"/> **Otros Residentes .....	<b>185,00 €</b> .....	<b>225,00 €</b>
<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo .....	<b>185,00 €</b> .....	<b>225,00 €</b>
<input type="checkbox"/> Tecnólogos y Médicos.....	<b>185,00 €</b> .....	<b>225,00 €</b>
<input type="checkbox"/> Terapeutas y Rehabilitadores .....	<b>185,00 €</b> .....	<b>225,00 €</b>
<input type="checkbox"/> Terapeutas ocupacionales .....	<b>185,00 €</b> .....	<b>225,00 €</b>
<input type="checkbox"/> Enfermeras.....	<b>185,00 €</b> .....	<b>225,00 €</b>
<input type="checkbox"/> **Estudiantes .....	<b>185,00 €</b> .....	<b>225,00 €</b>

*\*Es obligatorio remitir el certificado de residente/estudiante.*

*Precios IVA vigente incluido.*

### Forma de pago:

Mediante **TRANSFERENCIA BANCARIA** a favor de **Viajes El Corte Inglés, S.A.** libre de cargas en la cuenta  
Transferencia al Banco Bilbao Vizcaya Argentaria.

**IBAN ES97 0182 3999 37 0200664662 SWIFT BBVAESMMXXX**

*(Rogamos adjunte copia de la transferencia).*

**TARJETA DE CRÉDITO:**  VISA  MASTERCARD  AMEX

Titular: ..... D.N.I.: .....

Nº de Tarjeta: ..... Caducidad: ...../..... (mm/aa) C.V.V.: .....

*Autorizo el cargo a mi tarjeta por los importes reseñados.*

Firma: .....

### Notas importantes:

1. En caso de cancelación, no se realizará reembolso. Solo se permite cambio de nombre.

### Datos para emisión de la factura:

Nombre y Apellidos ó Razón social: .....

C.I.F./N.I.F.: .....

Domicilio Social: .....

Localidad: ..... CP: ..... Provincia: .....

Teléfono: ..... Fax: ..... E-mail: .....

*"Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial. De acuerdo con la ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, el titular de estos datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito a Viajes El Corte Inglés, s.a.; Servicios Centrales-Dpto. de Organización y Métodos. Ada. De Cantabria, 51. 28042 Madrid."*

