

# BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

## curso de ecografía

### FORMULARIO

---

Por favor cumplimente este boletín de inscripción y envíenoslo por e-mail junto con la transferencia bancaria.

Apellidos

Nombre

Email

tfno.

Especialidad

Centro de trabajo

Dirección

C.P.

Ciudad

### NIVEL DE ECOGRAFÍA (orientativo, no vinculante)

---

**BAJO**

No rotación previa en ecografía.

**MEDIO**

Rotación 1-2 meses en otro hospital.

**ALTO**

Rotación en su hospital.

### CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

---

La cuota incluye la comida durante los días del curso y el libro de texto "Ecografía Digestiva 2º Edición. JM Segura Cabra".

Alojamiento NO incluido.

**350€ + IVA (21%)**

Fecha límite para inscripciones: **28 de Febrero de 2018**

## FORMA DE PAGO

---

La forma de pago se hará efectiva por transferencia bancaria a la *Asociación de Médicos Especialistas en Aparato Digestivo del Área V*.

C. BANCARIA: ES14 2038 1050 57 6000815173  
CIF: G-85596179

Se enviará a [info@cursoecografialapaz.es](mailto:info@cursoecografialapaz.es), una copia del resguardo de la transferencia. Indicando claramente:

“Dr./a. ....”

Asimismo, aquellos que precisen factura se remitirá mediante correo electrónico, para lo cual será necesario que nos indiquen:

**Apellidos**

**Nombre**

**Email**

**NIF**

**Domicilio Fiscal**

## CANCELACIÓN Y POLÍTICA DE DEVOLUCIÓN

---

- Todas las cancelaciones deberán ser recibidas por e-mail.
- Ninguna inscripción será confirmada antes de recibir el importe solicitado.
- Para cancelaciones hasta el 28 de Febrero de 2018, se reintegrará el 100% de la cuantía acordada, pasado este plazo desde el 28 de Febrero de 2018 se reintegrará el 80%.