

Formulario de inscripción

Por favor, cumplimenta este formulario de inscripción y envíanoslo por email junto al justificante de la transferencia bancaria.

Nombre _____ Apellidos _____

Email _____ Tfno.: _____

Especialidad _____ Centro _____

Dirección _____

Ciudad _____ C.P. _____

Nivel de ecografía

Este paso no es vinculante para el proceso de inscripción.

BAJO

Sin rotación previa
en ecografía.

ALTO

Rotación en ecografía
durante la residencia.

Cuotas de inscripción

La cuota incluye la comida durante los días del curso y el acceso perpetuo al libro en formato digital de "Ecografía Digestiva 2º Edición. J.M. Segura Cabral".

450€* + IVA (21%)

Total: **544,50€.**

Fecha límite para inscripciones: **15 de febrero de 2025.**

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.**

IBAN: ES14 2038 1050 57 6000815173
CIF: G-85596179

Envía el justificante de la transferencia bancaria a cursoecografialapaz@gmail.com indicando claramente:

"Dr./a."

Asimismo, aquellos que precisen factura, se remitirá mediante correo electrónico. Para ello, será necesario que nos indiquen.

Nombre _____ Apellidos _____

Email _____ NIF _____

Domicilio fiscal _____

Cancelaciones y política de devolución

- Todas las cancelaciones deberán ser recibidas por email.
- Ninguna inscripción será confirmada antes de recibir el importe solicitado.
- Para cancelaciones hasta el **16 de febrero de 2025 (incluido)**, se reintegrará el 100% de la cuantía acordada, pasado este plazo se reintegrará el 80%.