



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, ALOJAMIENTO Y TRANSPORTE**

**Datos Personales**

Apellidos: ..... Nombre: .....  
DNI: ..... Dirección: .....  
C.P.: ..... Ciudad: ..... Provincia: .....  
Teléfono: ..... Fax: ..... E-mail: .....  
Colegiado:  SI  NO  
Destino: ..... Comunidad Autónoma: .....

Cuotas de inscripción		Después 1 Septiembre
Socios	300,00 € <input type="checkbox"/>	350,00 € <input type="checkbox"/>
Medicos residentes socios	200,00 € <input type="checkbox"/>	250,00 € <input type="checkbox"/>
No socios	400,00 € <input type="checkbox"/>	450,00 € <input type="checkbox"/>

**Avión**

Ciudad origen: ..... Núm. de plazas: .....  
Fecha salida: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aa) Fecha regreso: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aa)

Alojamiento	Doble A/D	Dui A/D
HOTEL AC GRAN CANARIA ****	177,00 € <input type="checkbox"/>	166,00 € <input type="checkbox"/>

\* Tarifas por habitación y noche. Régimen alojamiento y desayuno. 7% IGIC incluido  
Fecha tope para garantizar alojamiento 24 de julio de 2017.

Tipo de habitación:  Doble  Doble uso individual N° Personas: .....  
Día llegada: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aa) Día salida: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aa)  
Observaciones:

**Formas de Pago**

**Transferencia Bancaria** a nombre de Viajes El Corte Inglés, S.A., indicando Congreso de Urología, y enviando copia sellada por el banco al fax 928.291.876

Banco Santander Central Hispano: IBAN: ES37 0049 1500 03 2810355229

**Tarjeta de Crédito:**

Autorizo a Viajes El Corte Inglés, S.A., a cargar la cantidad de ..... euros en la tarjeta que a continuación detallo.

EL CORTE INGLES, S.A.  VISA  MASTERCARD  AMEX

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

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

Autorizo el cargo a mi tarjeta por los importes reseñados.

Fecha: ..... Firma (indispensable): .....