

## Boletín de Inscripción

### Datos Personales

(\*) APELLIDOS ..... (\*) NOMBRE .....

(\*) DIRECCIÓN ..... (\*) CIUDAD .....

(\*) PROVINCIA ..... (\*) C. POSTAL .....

(\*) TELÉFONO ..... (\*) MÓVIL ..... (\*) FAX .....

(\*) DNI ..... (\*) E-MAIL .....

Si tiene necesidades especiales de menú (vegetariano, celíaco, etc.) indíquelo aquí .....

(Es imprescindible indicar siempre un e-mail o fax)

**Para poder remitirles los certificados con los créditos concedidos a las actividades científicas necesitamos nos indiquen sus datos completos y correo electrónico.**

### Inscripción al Congreso

CUOTA INSCRIPCIÓN	PREVIA AL CONGRESO	EN SEDE
<input type="checkbox"/> <b>Socios<sup>(1)</sup></b>	<b>350,00€</b>	<b>380,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>No Socios<sup>(1)</sup></b>	<b>375,00€</b>	<b>410,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Farmacéuticos Socios<sup>(1)</sup></b>	<b>50,00€</b>	<b>75,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Farmacéuticos No Socios<sup>(1)</sup></b>	<b>60,00€</b>	<b>90,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Enfermeros Socios<sup>(1)</sup></b>	<b>50,00€</b>	<b>75,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Enfermeros No Socios<sup>(1)</sup></b>	<b>60,00€</b>	<b>90,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Inscripción Residentes Socios + 1 Noche De Hotel<sup>(1)(2)</sup></b>	<b>150,00€</b>	<b>180,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Inscripción Residentes No Socios + 1 Noche De Hotel<sup>(1)(2)</sup></b>	<b>180,00€</b>	<b>240,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Inscripción Residentes Socios + 2 Noches De Hotel<sup>(1)(2)</sup></b>	<b>210,00€</b>	<b>240,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Inscripción Residentes No Socios + 2 Noches De Hotel<sup>(1)(2)</sup></b>	<b>240,00€</b>	<b>270,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Inscripción Gratuita Residentes Socios SAHTA con comunicación<sup>(3)(4)</sup></b>	<b>0,00€</b>	<b>0,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Inscripción Residentes Socios SAHTA<sup>(1)(5)</sup></b>	<b>100,00€</b>	<b>130,00€</b>
<input type="checkbox"/> <b>Inscripción Residentes No Socios<sup>(1)(5)</sup></b>	<b>130,00€</b>	<b>160,00€</b>

Precios individuales. 21% IVA no incluido.

<sup>(1)</sup> Incluye 1 Almuerzo de trabajo y café pausa

<sup>(2)</sup> Presentar certificado de residencia. Válido exclusivamente para residentes socios de SAHTA, asociados mínimo un año, incluye una noche de hotel en habitación DUL y servicios de restauración.

<sup>(3)</sup> Presentar certificado de residencia. Exclusivo para residentes socios de SAHTA, asociados mínimo 1 año y que sean primer autor firmante de una comunicación aceptada al Congreso.

<sup>(4)</sup> No incluye servicios de restauración(1), ni alojamiento.

<sup>(5)</sup> Presentar certificado de residencia. Exclusivo para el primer autor de la comunicación, siendo las residencias bonificadas; Este tipo de inscripción incluye 1 almuerzo de trabajo y café pausa.

Para más información sobre condiciones y cancelaciones, por favor visite la página web [www.congresosahta.com](http://www.congresosahta.com)

### Formas de pago

Mediante **transferencia bancaria** (es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia al e-mail: [inscripciones@sahta.com](mailto:inscripciones@sahta.com), indicando Congreso y congresista. Una vez comprobemos el ingreso en nuestro extracto bancario, se notificará la confirmación de la inscripción por e-mail).

**Titular de la Cuenta:** Fase20 S.L.

**Entidad:** La Caixa

**IBAN:** ES23 2100 6861 4402 0004 9779

**BIC:** CAIXESBXXX

Mediante **tarjeta de crédito:** en este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTERCARD

Titular: .....

Número: .....

Vencimiento: .....

**Nota:** los gastos de cambio de moneda y transferencia serán por cuenta del congresista.

Fecha ..... Firma .....

Mediante la marcación de la presente casilla, consiento el tratamiento de mis datos para el envío de información sobre este y otros eventos organizados por Sociedad Andaluza de Hipertensión y Riesgo Vascular (SAHTA), de acuerdo con lo descrito en el presente documento.

7, 8 Y 9 DE NOVIEMBRE  
ÚBEDA 2019  
Hospital de Santiago

**29° SAHTA**  
Congreso Médico

17<sup>as</sup> Jornadas de Enfermería  
14<sup>as</sup> Jornadas de  
Farmacéuticos



*Mediante la firma del presente documento declaro haber sido informado en relación con el tratamiento de mis datos.*

*De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679, le informamos que los datos y la información que nos facilita a través de este medio será tratada por FASE 20 S.L. con C.I.F. B-18093591 y domicilio en C/ Mozárabe, 1, Edificio Parque Local 2, CP: 18006 - Granada, para la finalidad de realizar la inscripción y reserva de alojamiento y poder recibir información de diversa índole en la dirección que nos ha facilitado relacionada con los actos a realizar durante el Congreso al que nos ha solicitado inscribirse. Los datos proporcionados se conservarán mientras no solicite su cese y no se cederán a terceros salvo a la entidad organizadora del evento: Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular (SAHTA) con C.I.F. G-1475992 y dirección C/ Mozárabe, 1, Edificio Parque Local 2, CP: 18006 - Granada, o en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene el derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos, así como cualquier derecho reconocido en el RGPD 2016/679, pudiendo dirigirse a la dirección postal señalada y al correo electrónico: rgdp@fase20.com. Puede ampliar más información sobre política de protección de datos reflejada en nuestra página: [www.congresosahta.com](http://www.congresosahta.com)*