

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Por favor, remita este formulario debidamente cumplimentado por correo electrónico a:  
**congresosetgra2016@gmail.com**

Haga click sobre las cajas de texto para rellenar el formulario.

Apellidos:

E-mail:

Nombre:

Especialidad:

Ciudad:

Centro de  
trabajo:

Provincia:

Cód. Postal:

Miembro SETGRA  
NO Miembro SETGRA  
Residentes Vía MIR  
Enfermería

Teléfono:

Adjunto le remito justificante de transferencia bancaria a nombre de “VII Congreso de la SETGRA” por valor de €.

### Inscripciones Congreso:

- Miembros de SETGRA 200€ (antigüedad anterior al 01/9/16)
- No Miembros de SETGRA 260€
- Residentes vía MIR\* 150€
- Enfermería\* 150€

\*Todos los residentes deberán acreditar su condición mediante Certificado original del Jefe de Servicio, enviado junto con el formulario. Todos los enfermeros deberán acreditar su condición de enfermeros mediante fotocopia del título o certificado del lugar de trabajo.

Forma de pago mediante Transferencia Bancaria (Se debe adjuntar justificante junto a este formulario) a la cuenta BBVA:  
IBAN: ES34 0182 0207 8102 0183 9439 / Código BIC: BBVAESMMXXX  
Indicando “Inscripción Congreso SETGRA 2016”.

Para cualquier duda: Tel. Contacto: 650761875 / [www.setgra.org](http://www.setgra.org) / [congresosetgra2016@gmail.com](mailto:congresosetgra2016@gmail.com)