



# Boletín de Inscripción Acompañantes



## ACOMPAÑANTE

Apellidos:..... Nombre: .....

## CONGRESISTA

Apellidos:..... Nombre: .....

Domicilio:..... Código Postal: .....

Población:..... Provincia: .....

Teléfonos:..... Fax: .....

e-mail:..... DNI: .....

## INSCRIPCIONES

**OPCIÓN "A": Acompañante programa completo:** Hasta el 5 de mayo de 2006, **312,00 €**. Después del 5 de mayo de 2006, **342,00 €**.

**OPCIÓN "B": Acompañante sólo restauración (cóctel, cenas del jueves y sábado):** Hasta el 5 de mayo de 2006 **190,00 €**. Después del 5 de mayo de 2006, **220,00 €**.

**NO SE ADMITIRÁN INSCRIPCIONES DURANTE EL CONGRESO.**

**Pago mediante cheque o transferencia bancaria a nombre de: XIII CONGRESO NACIONAL y VII INTERNACIONAL DE LA MEDICINA GENERAL ESPAÑOLA. Caja Madrid: 2038 1610 82 6000222427**

Las cancelaciones deben ser solicitadas por escrito, enviadas por correo o fax y confirmada su recepción. Se devolverá el 90% hasta el 1 de abril de 2006 y el 50% hasta el 5 de mayo de 2006. No se efectuarán devoluciones en fechas posteriores a las indicadas. Los reembolsos se efectuarán durante los 30 días posteriores a la finalización del Congreso.

La cuota del acompañante permite la asistencia a los actos detallados en el PROGRAMA SOCIAL, según la opción elegida, **NO INCLUYE ALOJAMIENTO.**

Estando de acuerdo con las normas y condiciones de este documento y manifestando que los datos aportados son correctos, a día ..... del mes de.....de 2006.

Firma: .....

Recortar y enviar a MEDGEN S. A.  
Paseo Imperial, 10-12 1ª planta 28005 Madrid; Tel.: + 34 91 364 41 20  
Fax: + 34 91 364 41 21; e-mail: congresos\_semg@semg.es