

## Hacia la implantación de servicios farmacéuticos asistenciales



## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

### IMPORTANTE:

- Rellene un ejemplar por congresista.
- Use Mayúsculas.
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... serán por cuenta del asistente.

Por favor, envíe este boletín a:

### Viajes Genil

C/ Narváez Nº 15 1º Izqda. 28009 Madrid.  
Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959  
[www.congresosimpodader2018.es](http://www.congresosimpodader2018.es)  
[info@congresosimpodader2018.es](mailto:info@congresosimpodader2018.es)

### 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 .....

### INSCRIPCIÓN AL CONGRESO

TIPO DE INSCRIPCIÓN	Hasta el 18 de mayo	A partir del 19 de mayo	A partir del 10 de Junio
<input type="checkbox"/> Profesionales	240 €	290 €	320 €
<input type="checkbox"/> Estudiantes (1)	70 €	80 €	85 €
<input type="checkbox"/> Asistente precongreso		150 €	

**La cuota de inscripción incluye:**  
Asistencia, comida, cena y coffee.

Los precios incluyen el 21% de IVA.

(1) Imprescindible adjuntar documento que acredite que es estudiante de Farmacia o estudiantes de master en atención farmacéutica edición 2017-2018.

Para información sobre condiciones y cancelaciones, visite la página web [www.congresosimpodader2018.es](http://www.congresosimpodader2018.es)

### FORMAS DE PAGO

#### Mediante transferencia bancaria

Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al email [inscripciones@congresosimpodader2018.es](mailto:inscripciones@congresosimpodader2018.es) 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: **Fase 20, S.L.**  
Entidad: **Banco Popular**  
IBAN: **ES12 0075 0903 1906 0007 8762**  
BIC/SWIFT: **POPUESMM**

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

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTERCARD

Titular .....

Número .....

Vencimiento .....

**Nota:** los gastos de transferencia y cambio de moneda 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 organizador por FASE 20 S.L, de acuerdo con lo descrito en el presente documento.

## Hacia la implantación de servicios farmacéuticos asistenciales



**GIAF-UGR**  
Grupo de Investigación en  
Atención Farmacéutica  
Universidad de Granada



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-18093591y 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 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 reconocidos en el RGPD 2016/679, pudiendo dirigirse a la dirección postal señalada y al correo electrónico: [rgdp@fase20.es](mailto:rgdp@fase20.es)

Puede ampliar más información sobre política de protección de datos reflejada en nuestra página: <http://congresosimpodader2018.es>