

formulario de inscripción

CUMPLIMENTAR ESTE FORMULARIO E ENVIAR A reunionagapap@trevisani.es

| | SOCIOS AGAPap | RESIDENTES E RETIRADOS | NON SOCIOS |
|--|--|------------------------|------------|
| TARIFAS E CONDICIÓN | | | |
| COTAS | 150,00 € | 70,00 € | 180,00 € |
| PAZOS | Inscripción a partir do 1 de febreiro de 2024. Data límite 5 de abril de 2024. | | |
| DATOS | Enviar por email el FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN xunto ao xustificante de transferencia bancaria. | | |
| As inscricións serán por rigoroso orde de solicitude. <u>Aforo máximo 120 persoas.</u> | | | |

— DATOS ASISTENTE

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| NOME E APELIDOS | | |
| NIF | | |
| Enderezo postal | | |
| Correo electrónico | | |
| Teléfono | | |
| Centro de traballo | | |
| Titulación | | |
| Socio AGAPap | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Retirado | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| MIR de Pediatría | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Indique no caso, alerxias ou intolerancias alimentarias | | |

— MÉTODO DE PAGO

Imprescindible adxuntar copia escaneada ou fotografía do ingreso ou transferencia bancaria á seguinte conta bancaria:

| XV REUNIÓN AGAPap | |
|-------------------|-------------------------------|
| Entidade bancaria | ABANCA |
| IBAN | ES48 2080 0375 1530 4000 8707 |

A INSCRIPCIÓN SERÁ CONFIRMADA MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN
E INSCRIPCIÓN

SECRETARÍA TÉCNICA

República de El Salvador, 8-3° · 15701 Santiago de Compostela (A Coruña)
981 56 91 94
reunionagapap@trevisani.es