



REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID

MADRID, 15 DE DICIEMBRE DE 2017

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

CÓDIGO POSTAL _____

CIUDAD _____ PROVINCIA _____

TELF.: _____ E-MAIL: _____

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN A LA REUNIÓN

	ANTES DEL 30 DE NOVIEMBRE	DESPUÉS DEL 30 DE NOVIEMBRE
Socio	75 € <input type="checkbox"/>	105 € <input type="checkbox"/>
No Socio	150 € <input type="checkbox"/>	180 € <input type="checkbox"/>
Residente Socio*	45 € <input type="checkbox"/>	60 € <input type="checkbox"/>
Residente No Socio*	80 € <input type="checkbox"/>	100 € <input type="checkbox"/>

* Con certificado acreditativo.

FORMA DE PAGO

- Remitir este boletín con el talón a nombre de «**Sociedad Oftalmológica de Madrid**» antes del **30 de noviembre de 2017**, a la Secretaría General.
- Transferencia bancaria a la cuenta del Banco Santander: IBAN ES02 0049 4685 0922 1622 1859 (enviar comprobante al e-mail: asociaciones@telefonica.net)
- Con tarjeta de crédito:
- VISA MASTERCARD 4B

Número de tarjeta _____ Fecha de caducidad _____

Titular _____

Secretaría General:

Sociedad Oftalmológica de Madrid

C/. Arcipreste de Hita, 14, 1.º Dcha.

28015 MADRID

Teléf.: 91 544 58 79 – 91 544 80 35. Fax: 91 544 18 47

E-mail: asociaciones@telefonica.net