

FORMACIÓN EN DISFUNCIÓN CRANEOMANDIBULAR

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES (cumplimentar en mayúsculas)

APELLIDOS..... NOMBRE.....

DIRECCIÓN.....NIF.....

POBLACIÓN..... C.P.....PROVINCIA.....

TEL..... MÓVIL..... E-MAIL.....

Marque con una casilla lo que corresponda:

- Socios SEDCYDO y Profesores UE..... 40€
- No Socios 60€
- Estudiantes postgrado*..... 50€
- Alumnos UE * 20€
- Alumnos de otras Universidades * 30€

* Imprescindible presentar documento acreditativo

Forma de pago

Transferencia Bancaria en favor de **SEDCYDO**

BIC: **CAIXABESBXXX**

IBAN: **ES15 2100 0941 2802 0026 5130**

Remita el formulario de inscripción cumplimentado, junto al justificante de la transferencia, a la Secretaría Técnica. Indique como referencia el **nombre del inscrito**.

REMITIR EL FORMULARIO A:

Secretaría Técnica e Información:

Secretaría SEDCYDO

c/ Bruc, 28, 2º.08010 Barcelona

TELF. 626 577 350

secretaria@sedcydo.com

www.sedcydo.com