|  |
| --- |
| **DATOS DEL ASISTENTE**  |
| **Nombre \***  |  | **Apellidos \***  |  | **DNI** |  |
| **Teléfono directo \*** |  | **E-ma**il **\*** |  |
| **Profesión \*** |  | **Centro de trabajo \*** |  | **Servicio \*** |  |

\* Los campos son **obligatorios**.

El e-mail indicado servirá para remitir toda la información relativa a las jornadas.

|  |  |
| --- | --- |
| **CUOTA DE INSCRIPCIÓN** | **67 Euros**  |

La cuota de inscripción incluye: asistencia a las sesiones científicas, documentación, café y almuerzo de trabajo según programa.

|  |
| --- |
| **FORMA DE PAGO** |
|  | **Transferencia bancaria al nº de c/c: 2095 0611 00 9110276865 (Kutxabank)** |
|  | **Talón Nominativo a favor de Osakidetza – X Jornadas de Enfermería del País Vasco** |

Para que la inscripción se realice en firme, es **imprescindible** enviar este boletín debidamente cumplimentado, junto al justificante de pago correspondiente, en el que se indique el **nombre y apellidos de la persona que se inscribe** a cientifica@osakidetza.eus

**Pol**í**tica de cancelaciones**: cualquier cancelación, se deberá comunicar por escrito a la Secretaría Técnica. Los reembolsos se **efectuarán una vez finalizada la Jornada.** Se devolverá la cuota de inscripción para las cancelaciones que se realicen antes del día **27 de abril**. A partir del  **28 de abril**  de 2017 no habrá lugar a reembolso alguno.

Los datos de facturación **son necesarios** para la factura.

|  |
| --- |
| **DATOS DE FACTURACIÓN para la inscripción**  |
| **Empresa**  |  | **Dirección** |  |
| **C.I.F** |  | **C.P.** |  | **Ciudad** |  | **Provincia** |  |