



**CONGRESO
REGIONAL
2024**

**medicina
de familia**
→ Siempre

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ Apellidos: _____

DNI: _____ Dirección: _____

CP: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Email: _____

DATOS CENTRO DE TRABAJO:

Centro de trabajo: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Socio de SOCALEMFYC: SI NO

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN :

Cuota residentes socios	30,00 €	
Cuota residente no socios	80,00 €	
Cuota socio	55,00 €	
Cuota no socio	80,00 €	
Cuota para inscritos al curso de instructor RCP/DEA	30,00 €	

FORMA DE PAGO:

Mediante transferencia bancaria (es imprescindible que envíe, junto con el boletín, una copia del justificante de la transferencia indicando el nombre del evento).

Titular de la Cuenta: SOCALEMFYC

Entidad: BANCO SABADELL

Cuenta: ES68 0081 5526 4500 0122 6627

En el caso de necesitar factura, complete los siguientes campos:

Empresa/persona que factura: _____

NIF/CIF: _____

Dirección: _____

TALLERES

Selecciona por orden de interés los talleres en los que deseas participar:

Jueves 11 de abril:

- Curso de instructor RCP/DEA
 - Socios SEMFYC 220€
 - Socios inscritos al congreso 210€
 - No socios inscritos al congreso 225€
 - No socios 240€

Viernes 12 de abril:

- Taller 1: Roleplay en patologías respiratorias
- Taller 2: Manejo vía aérea en urgencias
- Taller 3: Ecografía
- Taller 4: Vacunas
- Taller 5: Scape Room inequidades
- Taller 6: Sedación

Sábado 13 de abril:

- Taller 7: Comunicación Tutor-Residentes

Enviar el formulario de inscripción con el justificante de pago a: socalemfyc1@gmail.com