

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre y apellidos:

# E mail: Teléfono contacto:

# Centro Hospitalario:

RESIDENTE

Indique:

ADJUNTO

NO

Socio SMN:

SI



**JORNADA DEL SÁBADO 06/04**

(Sesiones I-II y Conferencia Dr Sicilia**)**

**CENA DE HERMANDAD VIERNES**

(Lugar Hotel Nelva)

(Comunic. orales, posters y simposio)

**JORNADA DEL VIERNES 05/04**

**CONFIRMO MI ASISTENCIA A (marcar) :**

Envía este formulario al e-mail: [inscripcioncongreso@sociedadmurcianadeneurologia.org](mailto:inscripcioncongreso@sociedadmurcianadeneurologia.org)

NO SE PODRÁ EXPONER TRABAJOS COMO COMUNICACIONES ORALES O POSTER SIN FORMALIZAR LA INSCRIPCIÓN Y MATRICULA.

**Lea atentamente y marque la casilla para realizar correctamente la inscripción en el congreso:**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, la **Sociedad Murciana de Neurología SMN** le informa que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario, van a ser incorporados para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad llevar un registro de los inscritos en este congreso . Si lo desea, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición de sus datos personales en la dirigiendo un escrito a la **Abside Servicios Integrados S.L**. Carril de la Condesa 58, 30010 Murcia

He sido informado debidamente mis derechos en materia de protección de datos .