 **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

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 .