

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

XX JORNADAS REGIONALES DE MATRONAS

Matronas con ciencia

Datos

Nombre:	<input type="text"/>		
Apellido:	<input type="text"/>	Segundo apellido:	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Ciudad:	<input type="text"/>

Por favor, indicanos la cuota de inscripción, marcando con una X

Socio de ACAMAT	<input type="checkbox"/>	Socio de ACAMAT (Islas Periféricas)	<input type="checkbox"/>	No socio ACAMAT, otros profesionales	<input type="checkbox"/>
Residente Matronas*	<input type="checkbox"/>	*Imprescindible adjuntar certificado oficial de residencia			

Por favor, escribanos si posee alguna alergia alimentaria, intolerancia o dieta especial

Forma de pago

Mediante transferencia bancaria.

Titular de la Cuenta: Asociación Canaria de Matronas
Entidad: CAIXA

IBAN: ES76 2100 5106 6213 0118 9483

Es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia al correo electrónico asociacioncanariadematronas@gmail.com, indicando el nombre de las Jornadas y del congresista. Una vez comprobado el ingreso, se notificará la confirmación de la inscripción vía email.

*Cuota reducida de inscripción hasta el 26 de mayo de 2024.

Los datos personales facilitados en el presente formulario, serán objeto de tratamiento por la Asociación, con la finalidad de inscribirle al evento solicitado, gestionar su asistencia