

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI

TELÉFONO

EMAIL

CENTRO DE TRABAJO

ESPECIALIDAD

CARGO

Cuotas de inscripción

21% IVA incluido

Socios SPCV	290 €
No socios SPCV	350 €
Médicos Residentes (*)	170 €
Otros Residentes y Profesionales (*)	100 €
Estudiantes (**)	Gratuito (**)

(*) Imprescindible presentar documento acreditativo.

(**) La inscripción gratuita únicamente dará acceso a las sesiones científicas.

La cuota de inscripción incluye la documentación oficial de la reunión, el café en las pausas programadas, la cena de gala y la acreditación de formación sanitaria continuada. Para acceder a las sesiones científicas deberá mostrarse la acreditación que se entregará con la documentación.

Forma de pago

Transferencia — Banco Santander ES36 0049 4515 6126 1000 4422

Una vez realizado el pago, deberá enviar a spcv2024@clavecongresos.com este boletín de inscripción cumplimentado y firmado, junto con el justificante de la transferencia. Deberá tener en cuenta que en el concepto de la transferencia será imprescindible que figure el nombre completo de la persona inscrita a la reunión. No se considerarán válidas aquellas inscripciones que no vayan acompañadas del pago correspondiente.

PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Clave Congresos, S.L. - CIF: B98417256 Dir. Postal: Calle Gayano Lluch, 34-2a, 46025 Valencia. En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con la finalidad de prestarles el servicio solicitado y realizar la facturación del mismo. El consentimiento explícito supone la legitimación para el tratamiento de sus datos. Sus datos formarán parte de nuestra base de datos durante el tiempo necesario para cumplir el servicio o las disposiciones legales. Destinatarios: Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Derechos: Puede revocar el consentimiento y ejercer sus Derechos a acceder, rectificar, oponerse, limitar, portar y suprimir los datos ante el responsable del tratamiento; además de acudir a la autoridad de control competente (AEPD). Información Adicional: Puede solicitar información adicional ante la dirección del responsable Asimismo, solicito su autorización para finalidades adicionales.

- Autorizo que mis datos identificativos sean incluidos para finalidades comerciales por medios electrónicos.
- Autorizo el tratamiento de mi imagen personal (Fotografía, Video, Voz), de forma parcial o íntegra, para la captación, reproducción o publicación, en todo o en parte, de imágenes y sonido, en el marco de la "XXXI Reunión de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana", para proceder a su difusión pública, a través de medios y canales de comunicación propios, en redes sociales y en todos aquellos que tenga por conveniente para cumplir con esta finalidad.

El plazo de la cesión de los derechos de imagen y voz será por tiempo indefinido, de forma gratuita y sin límite en su ámbito territorial, a partir de la fecha de la firma de este consentimiento.

FIRMADO