



## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

### DATOS PERSONALES

NIF  NIE

Nombre

Apellido 1  Apellido 2

Profesión  Puesto de Trabajo

Indique con una cruz lo que proceda

Residente  Especialista

Especialidad Médica

Centro de Trabajo

Unidad  Servicio

Localidad

Estado  Provincia

País

E-mail

#### Dirección Postal para envío

Calle / Plaza

Número  Escalera  Piso  Letra

Localidad

Estado / Provincia  Código Postal

#### Teléfonos de Contacto

Teléfono 1  Teléfono 2

Móvil  Fax

#### Datos Bancarios

Sr. / Sra.

Iban Bancario (24 dígitos)

Titular de Cuenta

Facturar a nombre de la Entidad  Facturar a nombre particular  
(Señale con una X lo que corresponda)

ABONE LOS RECIBOS PRESENTADOS POR LA ASOCIACION DE MONITORIZACIÓN INTRAQUIRURGICA  
NEUROFISIOLOGICA ESPAÑOLA

Fecha y Firma

Enviar a:  
Asociación de Monitorización Intraquirúrgica Neurofisiológica Española  
C/ Uría, 76 – 1º Oficina 1ª  
33003 Oviedo  
Tfno: 984 051 604  
Fax: 984 281 671  
[monitorizacionintraoperatoria@azulcongresos.com](mailto:monitorizacionintraoperatoria@azulcongresos.com)