

## EN CONJUNTO CON:

- SIMPOSIO: ACCESO A DIÁLISIS EN LA REGIÓN LATINOAMERICANA
- 20 CONGRESO COLOMBIANO DE NEFROLOGÍA 2018



Por favor, rellene todos los datos en letra mayúscula, clara y legible y envíelo a ishd2018-reg@kenes.com o por Fax al 913559208

## DATOS PERSONALES

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 D.N.I / Pasaporte \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## INSCRIPCIÓN

Cuotas de inscripción (IVA INCLUIDO)	Inscripción temprana Hasta el 15 de febrero 2018	Inscripción estándar Desde el 16 de febrero al 2 de abril de 2018	Inscripción Onsite Desde el 3 de abril de 2018
<b>PARTICIPANTES NACIONALES</b>			
<b>Miembro ASOCOLNEF</b>	<input type="checkbox"/> 250 USD / 0 USD**	<input type="checkbox"/> 300 USD / 0 USD**	<input type="checkbox"/> 370 USD / 0 USD**
<b>Residente Miembro ASOCOLNEF *</b>	<input type="checkbox"/> 100 USD / 0 USD**	<input type="checkbox"/> 150 USD / 0 USD**	<input type="checkbox"/> 200 USD / 0 USD**
<b>Profesional Aliado Miembro ASOCOLNEF</b>	<input type="checkbox"/> 150 USD / 0 USD**	<input type="checkbox"/> 200 USD / 0 USD**	<input type="checkbox"/> 250 USD / 0 USD**
<b>No Miembro</b>	<input type="checkbox"/> 430,00 USD	<input type="checkbox"/> 530,00 USD	<input type="checkbox"/> 600,00 USD
<b>Residente No Miembro *</b>	<input type="checkbox"/> 150,00 USD	<input type="checkbox"/> 200,00 USD	<input type="checkbox"/> 250,00 USD
<b>Profesional Aliado No Miembro *</b>	<input type="checkbox"/> 400,00 USD	<input type="checkbox"/> 500,00 USD	<input type="checkbox"/> 575,00 USD
<b>Acompañantes</b>	<input type="checkbox"/> 150,00 USD	<input type="checkbox"/> 150,00 USD	<input type="checkbox"/> 150,00 USD
<b>PARTICIPANTES INTERNACIONALES</b>			
<b>Miembros ISHD</b>	<input type="checkbox"/> 400,00 USD	<input type="checkbox"/> 500,00 USD	<input type="checkbox"/> 600,00 USD
<b>No Miembros ISHD</b>	<input type="checkbox"/> 500,00 USD	<input type="checkbox"/> 600,00 USD	<input type="checkbox"/> 700,00 USD
<b>Estudiantes/Becarios/En Formación/Enfermería *</b>	<input type="checkbox"/> 200,00 USD	<input type="checkbox"/> 300,00 USD	<input type="checkbox"/> 400,00 USD
<b>Acompañantes</b>	<input type="checkbox"/> 150,00 USD	<input type="checkbox"/> 150,00 USD	<input type="checkbox"/> 150,00 USD

\* Residentes y Profesionales aliados deben enviar certificado acreditativo de su status a ishd2018-reg@kenes.com.

\*\* Cuotas gratuitas para miembros ASOCOLNEF al corriente de pago. Verificar que se encuentra en el listado de socios que aparece en el formulario de inscripción online.

## Política de Cancelación de Inscripciones

Todas las cancelaciones deben ser notificadas por escrito a la Secretaría del Congreso: ishd2018-reg@kenes.com

- Cancelaciones recibidas hasta el 15 de enero de 2018: se reembolsará el 100% menos un cargo administrativo del equivalente a 50 US \$.

- Cancelaciones recibidas entre el 16 de enero y el 15 de marzo de 2018: se le reembolsará el 100% menos un cargo administrativo del equivalente a 100 US \$

No se harán reembolsos por cancelaciones recibidas a partir del 16 de marzo de 2018 o No asistencia.

## ALOJAMIENTO

	Hab. DUI	Hab. Doble
<b>Hotel Hilton Cartagena 5*</b>	<input type="checkbox"/> \$ 168,00	<input type="checkbox"/> \$ 180,00

El precio incluye IVA y desayuno

Tipo de habitación  Individual  Doble, compartida con \_\_\_\_\_

Fecha de llegada \_\_\_\_\_ Fecha de salida \_\_\_\_\_ Total de noches \_\_\_\_\_ Total de noches \_\_\_\_\_

Peticiones especiales \_\_\_\_\_

(sujeto a disponibilidad)

## Política de Cancelación de Alojamiento

Todas las cancelaciones deben ser notificadas por escrito a la Secretaría del Congreso: ishd2018-reg@kenes.com

- Hasta el 12 de febrero de 2018, reembolso de la totalidad de la reserva menos la primera noche en concepto de gastos de gestión.

- A partir del 13 de febrero de 2018 la cancelación o no asistencia no tiene derecho a reembolso.

## FORMA DE PAGO

Inscripción \_\_\_\_\_ Alojamiento \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

**Opción 1 – Tarjeta de Crédito:**  Visa  MasterCard  American Express  American Express

\_\_\_\_\_  
 Número de tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad (mes/año) \_\_\_\_\_ CVV \_\_\_\_\_ CVV \_\_\_\_\_

Titular de la tarjeta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Opción 2 – Transferencia Bancaria:** Si el pago se realiza por más de una persona o por una empresa, por favor asegúrese de que todos los nombres estén indicados y enviar completado este formulario de inscripción y alojamiento junto con una copia de la transferencia bancaria. Los gastos bancarios son responsabilidad del participante y deberán ser pagados en adición a los derechos de inscripción y alojamiento.

## BBVA

Número de cuenta: 0182 5502 5402 0156 9768

IBAN: ES36 0182 5502 5402 0156 9768

SWIFT: BBVAESMM

En virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que nos facilite quedarán incorporados y

serán tratados en los ficheros titularidad de TILISA KENES SPAIN, S.L., con la finalidad de gestionar su participación al congreso. Le informamos de la posibilidad de ejercer, en cualquier momento, los

derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal mediante correo electrónico dirigido a scortes@kenes.com o mediante escrito dirigido a Calle Erase nº 36,

2º, CP 28028 de Madrid, acompañando en ambos casos fotocopia de su D.N.I.