


BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

2º CONGRESO SEPAR DE
PACIENTES CON ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS

 Sociedad Española
de **Neumología**
y **Cirugía Torácica**
SEPAR

DATOS PERSONALES:

APELLIDOS		NOMBRE	
CIUDAD		TELÉFONO	
EMAIL			

La inscripción incluye: asistencia a las sesiones, documentación oficial del congreso, diploma de asistencia y almuerzo.

DATOS ADICIONALES:

Para poder cubrir todas sus necesidades necesitamos que nos facilite los siguientes datos:

PACIENTE	<input type="checkbox"/>	HOSPITAL/CENTRO DONDE LE ATIENDEN	
PROFESIONAL DE LA SALUD	<input type="checkbox"/>	HOSPITAL/CENTRO AL QUE PERTENECE	

¿PERTENECE A ALGUNA ASOCIACIÓN DE PACIENTES?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN A LA QUE PERTENECE				

** Si no pertenece a ninguno de estos dos grupos, contacte con la Secretaria Técnica del Congreso (separpacientes@viajeseci.es)

NECESIDADES ESPECIALES:

¿ACUDIRÁ CON 1 ACOMPAÑANTE?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿UTILIZA SILLA DE RUEDAS?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿LLEVA EQUIPO DE TERAPIA RESPIRATORIA?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿NECESITARÁ SER RECARGADO DURANTE EL CONGRESO?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿TIENE INTOLERANCIA AL GLUTEN?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿SIGUE UNA DIETA VEGETARIANA?	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

¿CÓMO HA CONOCIDO LA ORGANIZACIÓN DEL 2º CONGRESO SEPAR DE PACIENTES?

ASOCIACIÓN DE PACIENTES	<input type="checkbox"/>	INDUSTRIA	<input type="checkbox"/>	HOSPITAL / CENTRO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	WEB SEPAR	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------	--------------------------

TALLERES (A elegir 1 de los 3 que se indican)

<input type="checkbox"/>	ANSIEDAD Y EMOCIONES BAJO CONTROL. ¿CÓMO HACERLE FRENTE?
<input type="checkbox"/>	CUIDADOS RESPIRATORIOS PARA PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL EMIOTRÓFICA (ELA)
<input type="checkbox"/>	APRENDA USTED A RESPIRAR

** Para el correcto funcionamiento del Congreso, rogamos a todos los inscritos que tengan un compromiso de asistencia. En caso de que usted se inscriba al Congreso y posteriormente le surja algún imprevisto que le impida acudir al mismo, rogamos lo notifique en el 91 330 07 25 o en el correo electrónico separpacientes@viajeseci.es

Debe enviar este boletín cumplimentado al correo electrónico separpacientes@viajeseci.es. También nos lo puede hacer llegar por fax o por correo ordinario a la Secretaria Técnica de Viajes El Corte Inglés.

VIAJES


SECRETARÍA TÉCNICA

Viajes El Corte Inglés, s.a. Dpto. de Congresos Científico -Médicos
C/ Alberto Bosch, Nº 13 – 28014 -Madrid.
Telef. + 34 91 330 07 25 / Fax. + 34 91 420 39 52 / separpacientes@viajeseci.es

Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial. de acuerdo con la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, el titular de estos datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito a SEPAR, C/ Provença, 108-Bajos 2ª 08029- Barcelona