

## formulario de inscripción

CUBIR ESTE FORMULARIO E ENVIAR A [reunionagapap@trevisani.es](mailto:reunionagapap@trevisani.es)  
A INSCRIPCIÓN SERÁ CONFIRMADA MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO

TARIFAS E CONDICIÓN	COTAS	SOCIAS/OS AGAPap 160,00€	RESIDENTES E RETIRADOS 80,00€	NON SOCIOS 190,00€
	PRAZOS	Inscripción a partir do 1 de febreiro de 2025. Data límite 5 de abril de 2025.		
	DATOS	Enviar por email o <b>FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN</b> xunto ao xustificante de transferencia bancaria.		



As inscricións serán por rigoroso orde de solicitude.  
Aforo máximo 120 personas.

### DATOS ASISTENTE

NOME E APELIDOS			
NIF			
Enderezo postal			
Correo electrónico			
Teléfono			
Centro de traballo			
Titulación			
Socio/a AGAPap	SI	NON	Indique no caso, alerxias ou intolerancias alimentarias
Retirado/a	SI	NON	
MIR de Pediatría	SI	NON	

### MÉTODO DE PAGO

Ingreso ou transferencia bancaria  
ES48 2080 0375 1530 4000 8707 - ABANCA

1. Indicar en "Concepto": Nome e apelidos da persoa inscrita
2. Imprescindible enviar xunto a este formulario unha copia escaneada ou fotografía do ingreso ou transferencia bancaria.