



XIX Curso para Residentes en Epilepsia 2019



BARCELONA.

Hospital General Hospital Vall d'Hebron. Aula Magna

Del 11 al 12 de abril de 2019

Para solicitar la inscripción al curso debe remitir este formulario y la siguiente documentación antes de las 13.00 horas del viernes 8 de febrero de 2019 a cursos.grupos@sen.org.es

1. Curriculum Vitae (que incluya posición en el examen MIR de su año)
2. Certificado de idoneidad del Jefe de Servicio, coordinador de residentes o responsable de la unidad de epilepsia del centro.

La selección de los participantes en el curso se realizará conforme a los siguientes requisitos:

1. Residente de Neurología por sistema MIR y SOCIO SEN
2. Año de Residencia (R3 y R4)

Número de plazas: 80*

*(En caso de excedente de solicitudes, una vez realizado el abono de la inscripción, se seleccionará a los candidatos con el siguiente orden de preferencia: R4 sobre R3, publicaciones y comunicaciones en congresos acreditados y, por último, posición en el examen MIR de su año).

Plazo de inscripción: hasta el 8 de febrero

Primera lista provisional de aceptados: 15 de febrero

Periodo de alegaciones: del 18 al 20 de febrero Lista

definitiva de aceptados: 1 de marzo

SECRETARÍA TÉCNICA

Fundación Privada de la Sociedad Española de Neurología

Tel. (34) 91 314 84 53 (ext. 8)

cursos.grupos@sen.org.es



Boletín de Inscripción XIX Curso para Residentes en Epilepsia 2019



Enviar por e-mail a cursos.grupos@sen.org.es

DATOS DE CONTACTO Y FACTURACIÓN

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: _____

LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

DNI: _____

E-MAIL: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

LOCALIDAD DEL CENTRO: _____

FORMA DE PAGO

Coste de la inscripción. (No incluye desplazamiento ni dietas). Marque la opción elegida:

ANTES DE REALIZAR EL ABONO DE LA INSCRIPCIÓN CONTACTE CON LA SECRETARÍA TÉCNICA DEL CURSO

300 € . Incluye asistencia al curso y alojamiento.

250 € . En caso de no precisar alojamiento.

Transferencia Bancaria a nombre de la Fundación Privada de la SEN indicando el nombre de la persona inscrita

-O- _____

Enviar inscripción y justificante bancario a:

NO SE REALIZARÁ DEVOLUCIÓN DE GASTOS DE DIETAS, TAXIS, KILOMETRAJE, ETC.

He leído y acepto