



**BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN** (puede descargarlo en pdf pulsando aquí).

**Datos personales:**

Apellidos, Nombre:

DNI/Pasaporte:

Titulación:

Correo electrónico:

Dirección particular:

C.P.:                      Ciudad/Provincia:                      País:

Teléfono particular:

**Datos profesionales:**

Centro de filiación:

Dirección profesional:

C.P.:                      Ciudad/Provincia:                      País:

Teléfono profesional:

**Tipo de matrícula (señalar con una X):**

Socio de AHA y/o AHP: exento

Estudiante: 30 euros

No socio: 90 euros

Pago de la matrícula en: IBAN: ES15 3187 0081 5110 9071 1928

En caso de presentar comunicación:

Mesa a la que se presenta:

Autor/es:

Título de la comunicación:

Enviar boletín y resguardo de pago a: [ciea402017@gmail.com](mailto:ciea402017@gmail.com)