



Bristol Urological Institute

Certificate in Urodynamics Course

CURSO EN ESPANOL

TODOS LOS CAMPOS DEBEN SER LLENADOS PARA PROCESAR SATISFACTORIAMENTE SU INSCRIPCION

REGISTRATION FORM /FORMULARIO DE REGISTRO

Bristol - VIRTUAL LATIN AMERICA	Agosto 22-23 2020		
---------------------------------	----------------------	--	--

PERSONAL DETAILS / DETALLES PERSONALES

First Name Primer Nombre	Last Name 1 Primer Apellido	Last Name 2 Segundo Apellido	
Address for Correspondence/ Direccion	Town Ciudad	Postcode/Codigo Postal	Country (if not UK) Pais
	Telephone number Telefono Incluye Codigo Pais y Codigo Postal	Email address Correo Electronico	

INDICAR SU ESPECIALIDAD (MARCAR CON X)

UROLOGO ___ GINECOLOGO ___ URO-GINECOLOGO ___ OTRO(ESPECIFICAR) _____

PAYMENT DETAILS /DATOS PARA EL PAGO

The cost of the course is US\$ 850 Payment in FULL is required to secure your place on the course when submitting this form.

El costo de este curso es de US\$ 850 con transferencia bancaria a nuestro banco en USA.

El pago con tarjeta de crédito es de US\$ 901(incluye 6% de comisión bancaria).

Solamente con el pago completo se asegura su inscripcion

****Si no pasa el examen de certificación, se le dará Diploma de Participación ****

PAYMENT METHOD/ Metodo de Pago	Transferencia Bancaria *	International Credit Card (SE AGREGARA 6% COMISION BANCARIA) DEBE LLENAR DATOS MAS ABAJO REQUERIDOS)
	Invoice – please enter invoicing details below / FACTURA – Por favor indique a nombre de quien require la Factura del pago del Curso	

DATOS TRANSFERENCIA BANCARIO:
 BENEFICIARIO: The Prometheus Group Latam
 DIRECCION BENEFICIARIO: 11941 NW 57 MANOR CORAL SPRINGS,FL
 33076 BANCO: WELLS FARGO
 DIRECCION BANCO: 420 MONTGOMERY STREET - SAN FRANCISCO, CA 94104

NR. CUENTA DEL BENEFICIARIO: 1749011514
SWIFT: WFBIUS6S

Please email your completed application

Form by to

vanessa.tpglatam@gmail.com

Envie por email esta Formulario de

Inscripcion a vanessa.tpglatam@gmail.com

Office use only /USO OFICIAL	
Date Rec'd	
On database	
Paid	
Invoice Raised	
Invoice Paid	

SI NO LE ES POSIBLE LLENAR Y ENVIAR EL FORMULARIO CON GUSTO TOMAREMOS SUS DATOS VIA WHATS APP. CONTACTENOS POR WHATS APP AL +19548019033

TERMS AND CONDITIONS / TERMINOS Y CONDICIONES

Booking /Inscripcion

You will receive confirmation of your registration within 7 days of receipt of your application & payment. Usted recibira confirmacion de su inscripcion dentro de 7 dias de haber enviado el formulario de Inscripcion y Pago correspondiente

Cancellations / Cancelaciones

We do not accept cancellations. No se aceptan cancelaciones

If course is cancelled due to force majeure causes you will either receive the full refund of the course fees of US\$ 850 . Si por causa de fuerza mayor BRISTOL UROLOGY INSTITUTE cancela el curso, Usted recibirá reembolso total del curso por US\$ 850

I agree with the terms and conditions / Acepto terminos y condiciones

EL MATERIAL DE EDUCACION PREVIO AL CURSO SE ENVIARA POR CORREO ELECTRONICO EN FORMATO PDF. POR FAVOR INDICAR SU CORREO ELECTRONICO DE PREFERENCIA

ESCRIBA SU CORREO ELECTRONICO: _____

ESCRIBA SU NUMERO DE WHATS APP INCLUYENDO CODIGO DE PAIS Y CIUDAD

General Data Protection Regulation (GDPR). The details you provide on this form will be held and processed in order to administer your registration. Your name, department, hospital name and town will be included on the list of participants that will be issued to speakers involved in the course. We will keep your contact details on record in order to inform you of future BUI conferences and courses. If you do not wish your details to be used in this manner, please tick the appropriate box on the registration form. All credit card details will be destroyed once payment has been processed.

FAVOR ESCRIBIR EL NOMBRE COMPLETO PARA SU DIPLOMA DE URODINAMISTA O CERTIFICADO DE PARTICIPACION

DR. _____ / _____ / _____ / _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Paterno Apellido Paterno

*Deben aprobar el examen de certificación al final del curso para recibir Diploma de Urodinamista. Si no obtiene grado aprobatorio se le dará Certificado de Participación

CREDIT / DEBIT CARD PAYMENT DETAILS / DATOS PARA PROCESAR SU PAGO POR TARJETA DE CREDITO- INCURRIRA 6% ADICIONAL DE COMISION BANCARIA

VISA MASTERCARD AMEX OTRO

Card Number/Numero Tarjeta: _____

Security code (last three digits on the back of the card)Codigo Seguridad :

Expiry date:Fecha Expiracion: ____ / ____ / ____

Name on Card/ Nombre como figura en la Tarjeta:

Full address to which card is registered (including postcode) / DIRECCION COMPLETA REGISTRADA
CON LA TARJETA DE CREDITO – INCLUYENDO CODIGO POSTAL

Alternatively we can process your card payment over the phone. / Como alternativa, Podemos procesar su pago
por telefono. Por favor llame al +19548019033