

XXV Curso Internacional Práctico Intensivo Láser en Medicina y Cirugía  
XXVth International Intensive Hands-On Course Lasers in Medicine and Surgery

**APLICACIONES AVANZADAS DEL LÁSER EN ESTÉTICA, DERMATOLOGÍA, VASCULAR Y CIRUGÍA INCISIONAL**  
**ADVANCED APPLICATIONS OF LASERS IN AESTHETICS, DERMATOLOGY, VASCULAR AND INCISIONAL SURGERY**  
**Instituto Médico Vilafortuny 14-15-16 Noviembre/November 2008**

**HOJA DE INSCRIPCIÓN / REGISTRATION FORM**

Cada participante debe completar los datos solicitados enviando la hoja a:  
One form should be used for each participant (form may be copied) and sent to:

**FUNDACIÓN ANTONI DE GIMBERNAT c/o Instituto Médico Vilafortuny**  
Av. Vilafortuny, 31 - E-43850 CAMBRILS (Tarragona) Spain  
Tel. +34 - 977 36 13 20 / 977 36 22 00 Fax: + 34 - 977 79 10 24  
imv@laser-spain.com

Nombre / Name: .....

Ocupación Laboral / Occupation: .....

Dirección / Address: .....

Código Postal y Ciudad / Postal code and City: .....

País / Country: ..... Tel: ..... Fax: .....

Correo Electrónico / E-mail: .....

**MÉTODO DE PAGO 1000€ / METHOD OF PAYMENT 1000€**

- **Transferencia bancaria** de la cantidad total a la cuenta de la FUNDACIÓN ANTONI DE GIMBERNAT, indicando su **nombre** y **apellidos**. Número **2100-1324-10-0210028427** Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona "La Caixa"; C/ Consolat de Mar s/n; E-43850 Cambrils (Tarragona) España. Por favor, puede usted confirmarnos el pago enviándonos copia del documento de la transferencia por fax al siguiente número 977 791 024 (att. Cristina Vega).

**By transferring** the full amount to the ANTONI DE GIMBERNAT FOUNDATION, stating your Name(s) and Surname(s) to: Account number **SWIFT Number: CAIX ES BB TAR 2100 1324 10 0210028427**  
**IBAN Number: ES48 2100 1324 10 0210028427**

Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona "La Caixa"; C/ Consolat de Mar, s/n; E-43850 Cambrils (Tarragona), Spain

Please, could you confirm of payment by sending a copy of the transfer document by fax to the following number: 0034 977 791 024 (att. Cristina Vega).

- Mediante tarjeta de **crédito VISA CREDIT CARD**

Nº de tarjeta / Card N°: .....

Fecha de caducidad / Expiry Date: ..... / ..... Firma / Signature: .....

Nombre del Titular (por favor escriba en letras de imprenta) / Name of Cardholder (please print letters): .....