



BOLETÍN DE RESERVA DE HOTEL

IMPORTANTE:

- Rellene un ejemplar por congresista.
- Use Mayúsculas.
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... serán por cuenta del asistente.

Por favor, envíen este boletín a:

AP Congress

C/ Narvárez Nº 15 1º Izqda. 28009 Madrid.

Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959

www.jornadasrespiratorio.com - info@jornadasrespiratorio.com

Datos Personales

(*)APELLIDOS (*)NOMBRE

(*)DIRECCIÓN

(*)CIUDAD (*)PROVINCIA..... (*)C.POSTAL

(*)TELÉFONO (*)MÓVIL..... (*)FAX.....

(*)DNI (*)E-MAIL

Si tiene necesidades especiales de menú (vegetariano, celíaco, etc.) indíquelo aquí

(Es imprescindible indicar siempre un e-mail o fax)

Hoteles

HOTEL	CAT.	HAB. DUI	HAB. DOBLE	Hotel
Los Abetos	4*	<input type="checkbox"/> 80 €	<input type="checkbox"/> 90 €	Hotel _____ Tipo habitación <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> Doble Fechas: Llegada: ___/___/2017 Salida: ___/___/2017 Noches _____ x precio por noche _____ € TOTAL _____ €

Precios por habitación y noche en régimen de alojamiento y desayuno. IVA incluido.

IMPORTANTE: Desde el momento en que se realice la reserva, dispondrá de un plazo de 10 días para realizar el pago y comunicarlo a la Secretaría Técnica (por mail a info@jornadasrespiratorio.com). En caso contrario, dicha reserva se cancelará automáticamente.

Informamos que las reservas de hoteles han sido realizadas con riesgo económico y están sometidas a un régimen de cancelaciones impuesto por los propios establecimientos. Pueden consultar la política de anulaciones en la página web. Por esta razón sólo podemos considerar reserva confirmada en firme si ha realizado el pago, bien por tarjeta de crédito o por transferencia.

Es indispensable una dirección de correo electrónico válida para confirmar su reserva.

Para más información, visite www.jornadasrespiratorio.com.

Formas de pago

Mediante **TRANSFERENCIA BANCARIA:** (Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al email: info@jornadasrespiratorio.com indicando nombre de las Jornadas y del asistente. Una vez comprobemos el ingreso en nuestro extracto bancario, se notificará la confirmación de la inscripción por e-mail).

Titular de la cuenta: Viajes Genil, S.A.
Entidad: Ibercaja
IBAN: ES22 2085 8378 4603 3002 0642
BIC/SWIFT: CAZRES2Z

Mediante **TARJETA DE CRÉDITO:** en este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta: VISA MASTERCARD

Titular

Número

Vencimiento

Nota: los gastos de transferencia y cambio de moneda serán por cuenta del congresista.

PARA RESERVAS DE GRUPO, CONSULTAR CON LA SECRETARIA TÉCNICA

Fecha..... Firma

En cumplimiento de la Ley 15/1999 LOPD le informamos que sus datos serán incluidos en un fichero propiedad de SEMERGEN para su tratamiento con finalidades operativas de la Sociedad. Las respuestas tienen carácter obligatorio. Puede ejercer sus derechos de acceso a los datos, rectificación y cancelación mediante carta dirigida a SEMERGEN C/ Goya nº 25 - 5º Izda. de Madrid C.P.28001, o a la dirección de correo electrónico secretaria@semergen.es adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.

Una vez realizada la inscripción, podrá recibir información de diversa índole en la dirección que nos ha facilitado relacionada con los actos a realizar durante el Congreso.

Si no desea recibir dichas comunicaciones, rogamos nos lo notifique en el siguiente correo electrónico: info@jornadasnefrourologicas.com