

**Por favor, envíen este boletín a: APCONGRESS**

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

Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959

info@jornadasrespiratorio.com

www.jornadasrespiratorio.com

**IMPORTANTE:**

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

## 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)

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, por cheque o por transferencia.

**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, o fax al 902 430 959). En caso contrario, dicha reserva se cancelará automáticamente.

## HOTEL

HOTEL	CAT.	HAB. IND.	HAB. DUI	HAB. DOBLE	JUNIOR SUITE
BAHÍA	4*	107,00 €	117,00 €	132,00 €	232,00 €
VINCCI PUERTOCHICO	4*	-	144,00 €	158,00 €	-
SANTEMAR	4*	-	81,00 €	92,00 €	-
ABBA SANTANDER	3*	-	94,00 €	105,00 €	-

## FORMAS DE PAGO

Remito cheque a nombre de **Viajes Genil, S.A.** (Sólo se aceptarán los recibidos hasta 1 mes antes de la fecha de comienzo del Congreso)

Mediante **transferencia bancaria** (Imprescindible adjuntar copia de la transferencia o enviar al fax 902 430 959, indicando nombre del Congreso y del congresista. 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:** Banesto

**CTA:** 0030 4290 77 0001711271

**IBAN:** ES53 0030 4290 7700 0171 1271

**SWIFT (BIC):** ESPCESMM

Mediante **tarjeta de crédito:** en este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTER CARD  AMERICAN EXPRESS

Titular: .....

Número: ..... Vencimiento .....

Por la presente autorizo el cargo a mi tarjeta de crédito de la cantidad arriba indicada.

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

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 28001 Madrid o a la dirección de correo electrónico secretaria@semergen.es adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.