

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: Andaluza de Congresos Médicos

Apartado de correos 536. 18080, Granada

Tlf. / Fax. 958 523 299

info@jornadasecografiasamfyc.com www.jornadasecografiasamfyc.com

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 bancaria.

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 e-mail a info@jornadasecografiasamfyc.com, o fax al **958 523 299**. En caso contrario, dicha reserva se cancelará automáticamente.

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
<input type="checkbox"/> Hotel Abades Nevada Palace	4*	70,00 €	80,00 €

Las reservas de hotel sólo se consideraran confirmadas si se ha efectuado el pago y se ha comunicado a la Secretaría Técnica. Usted podrá estar seguro de que su reserva ha sido procesada SÓLO si recibe su número de confirmación al final del proceso. Por favor, tome nota de ese número ya que lo necesitará para cualquier revisión o modificación de sus datos que quiera hacer en el futuro. Es indispensable una dirección de correo electrónico válida para confirmar su reserva.

Para más información y política de cancelaciones, visite www.jornadasecografiasamfyc.com

Tipo de Habitación DUI Doble
 Fecha entrada/...../2016
 Fecha salida/...../2016
 Número de noches

x precio por noche €
 TOTAL €

Precios por habitación y noche.

IVA incluido.

Régimen de alojamiento y desayuno.

Formas de pago

Mediante transferencia bancaria (es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia al fax: **958 523 299** ; 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: Bankia

IBAN: ES06 2038 9807 4260 0030 0505

BIC/SWIFT: CAHMESMMXXX

Mediante tarjeta de crédito. En este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta: VISA MASTERCARD

Titular:

Número:

Vencimiento:

Nota: los gastos de cambio de moneda y transferencia 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 Andaluza de Congresos Médicos 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 a la dirección de correo electrónico info@andaluzacongresosmedicos.com adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.