

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
- 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 reservas@dolorsemergen.com o al fax 902 430 959). En caso contrario, dicha reserva se cancelará automáticamente.

Por favor, envíen este boletín a:

AP Congress
C/ Narváez Nº 15 1º Izqda. 28009 Madrid.
Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959
www.dolorsemergen.com
info@dolorsemergen.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, por cheque o por transferencia.

Datos Personales

(*)APELLIDOS (*)NOMBRE
 (*)DIRECCIÓN
 (*)CIUDAD (*)PROVINCIA (*)C.POSTAL
 (*)TELÉFONO (*)MÓVIL (*)FAX
 (*)DNI (*)E-MAIL

Hoteles

HOTEL	CAT.	HAB. DUI	HAB. DOBLE
<input type="checkbox"/> MEDIUM VALENCIA	4*	<input type="checkbox"/> 80,00 €	<input type="checkbox"/> 90,00 €

Precios por habitación y noche.
IVA incluido.
Régimen de alojamiento y desayuno.

Tipo de habitación:			
Fechas: Llegada	/	/ 2016 Salida	/ / 2016
Precio por noche	€ x		noches
TOTAL			€

Usted podrá estar seguro de que su reserva ha sido procesada SÓLO si recibe su número de confirmación al final del proceso. Es indispensable una dirección de correo electrónico válida para confirmar su reserva. Las cancelaciones deben ser por escrito y comunicadas a la Secretaría del Congreso: cancelaciones@dolorsemergen.com

Formas de pago

Mediante **transferencia bancaria** (Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al fax: 902 430 959 indicando congreso y 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: Banco Sabadell
CTA: 2100 7047 1102 0003 5759
IBAN: ES66 0081 0659 4200 0139 6149
BIC/SWIFT: BSABESBB

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.

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.