



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.semergencantabria2012.com

info@semergencantabria2012.com

Pueden consultar la política de anulaciones y las condiciones generales en la página web.

IMPORTANTE:

- Rellene un ejemplar por congresista

- Use Mayúsculas

- Los gastos de transferencia, cambio de

moneda, etc... serán por cuenta del asistente

Boletín de Reservas de hotel

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. | INDIVIDUAL | HAB. DUI | HAB. DOBLE |
|--------------|------|------------|----------|------------|
| BAHÍA | 4* | 105€ | 115,00 € | 132,00 € |

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@semergencantabria2012.com, o fax al 902 430 959). En caso contrario, dicha reserva se cancelará automáticamente.

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

TIPO DE HABITACIÓN

Individual DUI Doble

Día llegada: _____ Día salida: _____

Precio habitación: _____ €

x _____ noches

Total: _____ €

Formas de pago

Remitiendo 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: (Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia 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).

Entidad: Banco Santander

Titular de la cuenta: Viajes Genil, S.A.

Número de cuenta: 0049 5738 37 2116184589

Código IBAN: ES62 0049 5738 3721 16184589

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

Tipo de tarjeta: VISA MASTERCARD AMEX

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 _____