

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 info@reunionriesgovascularsec.com). En caso contrario, dicha reserva se cancelará automáticamente.

Por favor, envíe este boletín a:

Fase 20 congresos
Cno. de Ronda Nº 42 bajo. 18004 Granada.
Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959
www.reunionriesgovascularsec.com
info@reunionriesgovascularsec.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.

DATOS PERSONALES

(*)APELLIDOS (*)NOMBRE

(*)DIRECCIÓN

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

(*)TELÉFONO..... (*)MÓVIL (*)FAX.....

(*)DNI (*)E-MAIL.....

HOTELES

HOTEL	CAT.	HAB. DUI	HAB. DOBLE
THB Torrequebrada	4*	<input type="checkbox"/> 75,00 €	<input type="checkbox"/> 85,00 €

Precios por habitación y noche. IVA incluido.
Régimen de alojamiento y desayuno. Precios válidos para las noches del 6 y 7 de abril. Noches adicionales, consultar.

Tipo de habitación:

Fechas: Llegada	/	/ 2017	Salida	/	/ 2017
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: info@reunionriesgovascularsec.com

FORMAS DE PAGO

Mediante **transferencia bancaria** (Es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia al correo electrónico: info@reunioncardiologiaclinica.com 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: **Ibercaja**
IBAN: **ES34 2038 9840 1360 0018 1626**
BIC: **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 la Sociedad Andaluza de Cardiología 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 FASE20 Congresos Camino de Ronda nº 42, bajo. 18004 Granada o a la dirección de correo electrónico info@reunioncardiologiaclinica.com i adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.