

II Jornadas Nefrourológicas de SEMERGEN

25 y 26 de Abril de 2014

Toledo

Hotel Beatriz



info@jornadasnefrourologicas.com

www.jornadasnefrourologicas.com

Boletín de Reservas de Hotel

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.jornadasnefrourologicas.com | info@jornadasnefrourologicas.com

IMPORTANTE:

- Rellene un ejemplar por congresista
- Use Mayúsculas
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... seran por cuenta del asistente
- No se cursará ninguna inscripción sin previo abono.

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 reservas@jornadasnefrourologicas.com). En caso contrario, dicha reserva se cancelará automáticamente.

Datos Personales						
(*)APELLIDOS				(*)NOMBRE		
(*)DIRECCIÓN						
				(*)C.POSTAL		
				FAX		
'		, 0		, , ,		
(Es imprescindible indicar sien	npre un e-mail o fa oder remitirle	∋x) s los certi [.]	ficados co		s a las actividades científicas necesitam	
HOTEL	CATEGORÍA	DUI	DOBLE			
HOTEL BEATRIZ TOLEDO	4*	70,00€	80,00€		4 Fecha Salida//2014 x precio por noche TOTAL	
Precios por habitación y noche	9		IV	'A incluido	Régimen de alojamiento y desayu	ıno
Para más información y po	ítica de cancela	aciones, vis	ite www.jc	ernadasnefrourologicas.c	<u>om</u>	
Formas de pago						
info@jornadasnefro	urologicas.co incario, se notifi a: Viajes Genil, 9 3344 2402 015	m ; indicar cará la con S.A	ndo nombre		de la transferencia al correo electróni del asistente. Una vez comprobemos el ingre	
☐ Mediante tarjeta de créd	dito: en este cas	so, deberá	indicar:			
Tipo de tarjeta:				EX		
Titular:						
Número:						
_						
Remitiendo cheque a ne	ombre de Viajes	Genil, S.A	. (Sólo se a	aceptarán los recibidos 1 me	s antes de la fecha de inicio del Congreso).	
Nota: los gastos de cambio	o de moneda y	transferenc	ia serán po	r 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.

