

46

REUNION ANUAL CONJUNTA DE LAS SOCIEDADES CANARIAS DE PEDIATRIA



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN, ALOJAMIENTO Y TRANSPORTE

DATOS PERSONALES

Apellidos: Nombre:
 DNI: Dirección:
 C.P.: Ciudad: Provincia:
 Teléfono: Fax: E-mail:
 Colegiado: SI NO
 Destino: Comunidad Autónoma:

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN	Antes 22 de mayo	Después 22 de mayo
CONGRESISTAS SOCIOS	300,00 € <input type="checkbox"/>	325,00 € <input type="checkbox"/>
CONGRESISTAS NO SOCIOS	350,00 € <input type="checkbox"/>	375,00 € <input type="checkbox"/>
MIR SOCIOS / SOCIOS JUBILADOS	200,00 € <input type="checkbox"/>	225,00 € <input type="checkbox"/>
MIR NO SOCIOS	250,00 € <input type="checkbox"/>	275,00 € <input type="checkbox"/>

AVIÓN

Ciudad origen: Núm. de plazas:
 Fecha salida: / / (dd/mm/aa) Fecha regreso: / / (dd/mm/aa)

ALOJAMIENTO	Doble M/P	Dui M/P
HOTEL R2 RIO CALMA ****	150,00 € <input type="checkbox"/>	110,00 € <input type="checkbox"/>

* *PRECIOS POR HABITACION Y DIA CON MEDIA PENSIÓN E IGIC INCLUIDOS.
 La media pensión incluye: Cena del día 22/06 Desayuno y almuerzo del día 23/06

Tipo de habitación: Doble Doble uso individual N° Personas:
 Día llegada: / / (dd/mm/aa) Día salida: / / (dd/mm/aa)
 Observaciones:

FORMAS DE PAGO

Transferencia Bancaria a nombre de Viajes El Corte Inglés, S.A., indicando Congreso de Pediatría, y enviando copia sellada por el banco al fax 928.291.876

Banco Santander Central Hispano: IBAN: ES37 0049 1500 03 2810355229

Tarjeta de Crédito:

Autorizo a Viajes El Corte Inglés, S.A., a cargar la cantidad de euros en la tarjeta que a continuación detallo.

EL CORTE INGLES, S.A. VISA MASTERCARD AMEX

Titular: D.N.I.:

Nº de Tarjeta: Caducidad: / (mm/aa)

Autorizo el cargo a mi tarjeta por los importes reseñados.

Fecha: Firma (indispensable):