



## 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

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.jornadasrespiratorio.com](http://www.jornadasrespiratorio.com) - [info@jornadasrespiratorio.com](mailto:info@jornadasrespiratorio.com)

### 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.	HAB. DUI	HAB. DOBLE	Hotel
EXTREMADURA	4*	<input type="checkbox"/> 88 €	<input type="checkbox"/> 103 €	<b>Tipo habitación</b> <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> Doble <b>Entrada</b> ___/___/2015 <b>Salida</b> ___/___/2015 <b>Noches</b> _____ <b>x precio por noche</b> _____ € <b>TOTAL</b> _____ €
GRAN HOTEL DON MANUEL	4*	<input type="checkbox"/> 95 €	<input type="checkbox"/> 110 €	
BARCELÓ V CENTENARIO	4*	<input type="checkbox"/> 125 €	<input type="checkbox"/> 125 €	

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

**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@jornadasrespiratorio.com](mailto:reservas@jornadasrespiratorio.com), o fax al 902 430 959). En caso contrario, dicha reserva se cancelará automáticamente.

*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.*

Es indispensable una dirección de correo electrónico válida para confirmar su reserva.

Para más información, visite [www.jornadasrespiratorio.com](http://www.jornadasrespiratorio.com).

### Formas de pago

Mediante **TRANSFERENCIA BANCARIA:** (Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al email: [info@jornadasrespiratorio.com](mailto:info@jornadasrespiratorio.com) 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).

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

Entidad: Bankinter

IBAN: ES43 0128 0750 3105 0000 3491

BIC/SWIFT: BKBKESMM

Mediante **TARJETA DE CRÉDITO:** en este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTERCARD  AMEX

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](mailto:secretaria@semergen.es) adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.