

**BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y RESERVA HOTELERA**

Para hacer efectiva su inscripción, rogamos cumplimente debidamente el presente formulario y envíelo junto con el justificante de pago a la Secretaría Técnica del Congreso: Tel. + Fax: 963852056 Email: [seicv@arbre-network.com](mailto:seicv@arbre-network.com)

Las cancelaciones deberán comunicarse por escrito a la Secretaría Técnica antes del 23 de enero. La organización devolverá la totalidad del importe menos el 50% en concepto de gastos de administración. A partir de la fecha indicada no se realizarán devoluciones.

**DATOS PERSONALES**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 C.P./Localidad/Provincia \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**FACTURAR A**

Denominación Fiscal \_\_\_\_\_ CIF \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 C.P./Localidad/Provincia \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**CUOTA DE INSCRIPCIÓN**

|                                     | Antes del 23/12/2014         | Después del 23/12/2014       |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Socios     | 250 <input type="checkbox"/> | 300 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> No Socios  | 350 <input type="checkbox"/> | 400 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Residentes | 150 <input type="checkbox"/> | 200 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Enfermería | 150 <input type="checkbox"/> | 200 <input type="checkbox"/> |

Total inscripción: \_\_\_\_\_

**RESERVA HOTELERA**

| Hotel NH CENTER ****                            |                                | Día entrada | Día salida | Nº noches | TOTAL HOTEL |
|---|--------------------------------|-------------|------------|-----------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Habitación doble:      | 81,00 <input type="checkbox"/> | _____       | _____      | _____     | _____       |
| <input type="checkbox"/> Habitación individual: | 70,00 <input type="checkbox"/> | _____       | _____      | _____     | _____       |
| Hotel EXPO HOTEL ***                            |                                | Día entrada | Día salida | Nº noches | TOTAL HOTEL |
| <input type="checkbox"/> Habitación doble:      | 65,00 <input type="checkbox"/> | _____       | _____      | _____     | _____       |
| <input type="checkbox"/> Habitación individual: | 55,00 <input type="checkbox"/> | _____       | _____      | _____     | _____       |

Total alojamiento: \_\_\_\_\_

*Precios por noche. Incluye IVA y desayuno. Las reservas deberán hacerse a través de este boletín y de la Secretaría Técnica, no con el hotel directamente. Cancelaciones: a partir del 15 de enero de 2015 se cobrará el importe correspondiente a 1 noche.*

**FORMA DE PAGO**

Para el pago de la presente inscripción puede hacerlo mediante transferencia bancaria a BANKIA cuenta ES7020385753176000659836 a nombre de CONGRESO SEICV- SVAMC indicando en el concepto el nombre del congresista.

*Fecha límite de inscripción en secretaría: 23 de enero. A partir de esa fecha podrán efectuar su inscripción en Sede. Todos los precios indicados en este boletín incluyen el Impuesto sobre el Valor Añadido.*