**XX CURSO DE EXCELENCIA EN PEDIATRIA – INMUNOALERFIA PEDIATRICA – Palencia , 17 y 18 de Marzo 2017**

**BOLETIN DE INSCRIPCIÓN Y RESERVA DE HOTEL**

***Enviar este boletín cumplimentado a la Secretaría Técnica del curso Nº de inscripción*: \**Plazas limitadas. Confirmación de inscripción por riguroso orden de pago.***

 *(A cumplimentar por la secretaría)*

**DATOS PERSONALES DEL INSCRITO** *(Rellene un ejemplar por persona.)*

|  |  |
| --- | --- |
| *APELLIDOS:*  | *NOMBRE:*  |
| *D.N.I :*  | ***[ ] ADJUNTO*** ***[ ]*** ***M.I.R****.* ***[ ]*** ***D.U.E****.*  |
| *DIRECCIÓN:*  | ***C.P****.:*  |
| *POBLACIÓN:*  | ***PROVINCIA:*** |
| *CENTRO DE TRABAJO:*  | ***ESPECIALIDAD:***  |
| *TELÉFONO DE CONTACTO:*  | ***E-MAIL DEL INSCRITO*****:**  |

**CUOTAS DE INSCRIPCIÓN:**

***[ ]  Socios SCCALP 75, 00 €***

***[ ]  No socios 100,00 €***

**RESERVA DE HOTEL:**

*La organización ha conseguido en el HOTEL REY SANCHO \*\*\*\*precio especial para los participantes en el curso que necesiten alojamiento y lo soliciten a través de la Secretaría Técnica*

*[ ]  Habitación Individual: 55,00 € Día de entrada (dd/mm/aa):**Día de salida:*

*[ ]  Habitación doble: 64,00 € Nº de noches:*  *Número de habitaciones:*

*(Precios por habitación y noche. Desayuno e IVA incluidos)* ***Total Reserva****:* *Euros*

**LIQUIDACIÓN:**

***Cuota inscripción:*** ***Euros + Reserva de hotel:*** ***Euros Total a pagar:*** ***Euros***

**FORMAS DE PAGO**

**[ ]  Transferencia Bancaria(1)**

 **(1) Viajes Altamira, S.L. BANKIA IBAN: ES92 2038 9300 4460 0080 5620**

 *Indicar claramente en el concepto “CEP2017”+NOMBRE Y APELLIDOS PERSONA INSCRITA”*

*Una copia de la transferencia debe ser enviada junto con este boletín de inscripción a la Secretaría Técnica del Curso.*

**[ ]  Visa** **[ ]  Mastercard**

*Titular****:*** *Nº de tarjeta****:***

*Caducidad (mm/aa)****Autorizo a Viajes Altamira, S.L. a cargar en mi tarjeta el importe detallado en este boletín*** ***[x]***

**DATOS SI NECESITA FACTURA**

***RAZÓN SOCIAL:*** ***NIF/CIF:***

***DIRECCION:******CP:***

***POBLACIÓN:*** ***PROVINCIA:***

***PERSONA DE CONTACTO:*** ***TELÉFONO:*** ***E-MAIL:***

***OTROS DATOS ESPECIFICAR:***

**CONDICIONES GENERALES:**

1 Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc. irán por cuenta del participante.

2 No se admitirán reservas si no van acompañadas del pago correspondiente.

3 No se tramitara ninguna reserva a la que le falte algún dato solicitado en este boletín.

4 Todas las cancelaciones deberán ser por escrito, las recibidas antes del 15 de Febrero no tendrán penalización, a partir de esta fecha la penalización será del 100%.

5 Las devoluciones se realizarán una vez finalizado el Curso

6 Toda solicitud implica la aceptación de estas condiciones

***RELLENE EL BOLETIN GUARDELO EN SU PC Y ADJUNTELO A UN CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVIARLO A LA SECRETARÍA TÉCNICA DEL CURSO***