SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA

XV CONGRESO

Córdoba, 15 al 17 de mayo de 2008

BOLETIN DE INSCRIPCION

Nº INSCRIPCION

PARTICIPANTE

Apellidos.....

Nombre..... Tel.....

Dirección ..... Fax.....

Población ..... C.P. ..... Provincia .....

N.I.F..... e-mail.....

ACOMPAÑANTE

Apellidos, Nombre .....

INSCRIPCIONES

Cuota Inscripción	*Antes 15 marzo*	*Después 15 marzo*	
☐ Socio numerario	———	———	.....
☐ Socio agregado	———	———	.....
☐ Congresistas no miembros (adjuntar invitación de un miembro numerario de la Sociedad)	400 €	450 €	.....
☐ Residentes o becarios (adjuntar certificado)	250 €	300 €	.....
☐ Acompañantes	350 €	400 €	.....
		Total Cuotas *(IVA incluido)*	

Reserva de Hotel	*Hab. doble*	*Hab. doble uso individual*
NH AMISTAD****	254,00 €	237,00 €
HESPERÍA CÓRDOBA****	204,00 €	182,00 €
AC CÓRDOBA****	189,00 €	177,00 €
CONQUISTADOR***	247,00 €	241,00 €
MAIMÓNIDES***	236,00 €	232,00 €

- *Precios por habitación y día, desayuno e impuestos incluidos.*
- *La adjudicación de hotel se realizará dependiendo de la disponibilidad de habitaciones en el momento de tramitar la solicitud. Para garantizar la reserva será necesario el pago total de la misma.*
- *Se confirmará la reserva de alojamiento en el hotel seleccionado.*

Nombre del Hotel Tipo de habitación Precio

..... ☐ Doble uso individual ☐ Doble .....

Día entrada: ..... Día salida: ..... Total noches: ....

Total Hotel *(IVA incluido)*

IMPORTE TOTAL (Cuotas + Hotel) *(IVA incluido)*

FORMA DE PAGO

☐ VISA ☐ EUROCARD ☐ MASTERCARD

Nº tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | | | Caducidad: ..... /.....

Nombre titular: .....

Firma: Fecha: ..... / ..... / .....

☐ Cheque bancario nominativo a ERGON TIME

☐ Transferencia bancaria a la cuenta de ERGON TIME: Banco Sabadell: 0081 0469 46 0001032407
IMPORTANTE: Indicar nombre y concepto de transferencia. Adjuntar comprobante al boletín de inscripción.

Enviar a: ERGON TIME, S.A. C/ Arboleda, 1. 28220 MAJADAHONDA. Madrid.Tel. 91 636 29 30 - Fax 91 636 29 31