



26 y 27 de Abril de 2013  
Hotel Córdoba Center, Córdoba

## BOLETÍN DE RESERVA DE HOTEL

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)

**IMPORTANTE:**

- Rellene un ejemplar por congresista
- Use Mayúsculas
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... serán por cuenta del asistente
- Para más información acerca de las condiciones generales y la política de cancelación de reservas, consulte la página web [www.jornadasrespiratorio.com](http://www.jornadasrespiratorio.com)

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

### 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.	DUI	DOBLE
CÓRDOBA CENTER	4*	<input type="checkbox"/> 116€	<input type="checkbox"/> 132€

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

Fecha de entrada..... Fecha de salida.....

Número de noches..... x ..... € TOTAL .....

### FORMAS DE PAGO

- Remitiendo **cheque** a nombre de Viajes Genil, S.A. (Sólo se aceptarán los recibidos hasta 1 mes antes de la fecha de comienzo del Congreso).
- Mediante **transferencia bancaria**: (Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al fax: 902 430 959 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:** Cajamar

**CTA:** 3058 3024 29 2720000224

**IBAN:** ES15 3058 3024 2927 2000 0224

**BIC/SWIFT:** CCRIES2A

- Mediante **tarjeta de crédito**: en este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTERCARD  AMEX

Titular .....

Número .....

Vencimiento.....

Por la presente autorizo el cargo a mi tarjeta de crédito de la cantidad arriba indicada.

**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 - 5ª Izda, C.P.28001 Madrid o a la dirección de correo electrónico [secretaria@semergen.es](mailto:secretaria@semergen.es) adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.