



Enviar debidamente cumplimentado a:

**Viajes El Corte Inglés, S.A. División de Congresos, Convenciones e Incentivos**

Princesa, 47 - 5ª Plta. • 28008 Madrid (España)

Tel.: +34 91 204 26 00 • Fax.: +34 91 547 33 24 • E-mail: enfsociosanitaria@viajeseci.es

**DATOS PERSONALES:**

Apellidos: .....  
 Nombre: ..... D.N.I.: .....  
 Domicilio: .....  
 Localidad: ..... C.P.: ..... Provincia: .....  
 Teléfono: ..... Fax: ..... E-mail: .....

**HOTEL:**

		Habitación individual	Habitación doble
AC Zamora ****	Avda. Principe de Asturias, 43	86,00 €	91,00 €
Melia Horus Zamora ****	Plaza del Mercado, 20	76,00 €	87,00 €
NH Palacio del Duero ****	Plaza de la Horta, 1	86,00 €	91,00 €

*\*Precios por habitación y noche. Desayuno e IVA incluidos.*

Hotel: 1ª Opción: ..... 2ª Opción: .....  
 Reserva:  IND (AD)  D.B.L. (AD) N° de Habitaciones: .....  
 Entrada: ... / ... / ... (dd/mm/aa) Salida: ... / ... / ... (dd/mm/aa) Total noches: ..... Precio Total: ..... €

**FORMA DE PAGO:**

**Tarjeta de Crédito:**  Visa  DINNERS  MASTERCARD  AMEX  EL CORTE INGLÉS

Titular: ..... D.N.I.: .....  
 N° de Tarjeta: ..... Caducidad: ... / ... (mm/aa)

Autorizo el cargo a mi tarjeta por los importes reseñados.  
 Firma: .....

**Cheque Bancario Nominativo**, a favor de Viajes El Corte Inglés, S.A.  
 **Transferencia Bancaria** a favor de Viajes El Corte Inglés, S.A. libre de cargas en la cuenta:  
 Banco Banesto: N°.: 0030 1844 57 4059869587 REF: VI Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria.  
*(Rogamos adjunte copia de la transferencia)*

**NOTAS IMPORTANTES:**

- No se admitirá ningún boletín que no venga debidamente cumplimentado en todos sus apartados.
- Sólo se admitirá un boletín por habitación.
- No se admitirá ningún boletín sin su correspondiente comprobante de pago.

**CANCELACIONES:**

- Cancelaciones después de 25 de Marzo de 2010. 50% gastos de cancelación.
- Cancelaciones después de 25 de Abril de 2010. 100% gastos de cancelación.
- Pago total del alojamiento en el momento de realizar la reserva.

**EN CASO DE PRECISAR FACTURA, POR FAVOR CUMPLIMENTE LOS SIGUIENTES DATOS:**

Nombre y Apellidos o Razón Social: .....  
 C.I.F. / N.I.F.: ..... Domicilio Social: .....  
 Localidad: ..... C.P.: ..... Provincia: .....  
 Teléfono: ..... Fax: ..... E-mail: .....