



BOLETÍN - INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO / REGISTRATION & ACCOMODATION FORM

Por favor, rellene este formulario y envíelo a: / Please fill out this form and send it to:

VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A. Congresos Científico-Médicos
C/ San Severo, 10. - Planta baja 28042 Madrid. Tel.: + 34 91 330 05 79. E-mail: cirugiaendovascular@viajeseci.es

DATOS PERSONALES / PERSONAL DATA

Apellidos / Last Name: D.N.I.:
Nombre / First Name:
Centro de trabajo / Place of work:
Dirección / Address: C.P. / Post Code: Población / City:
Tel. / Phone: E-mail:

CUOTA DE INSCRIPCIÓN / REGISTRATION FEE

- Hasta el 29 de octubre / Until October 24th: **410€** (*496,10 €).
 Desde el 30 de octubre / From October 16th: **480€** (* 580,80 €).
21% IVA incluido Cancelaciones: 100% gastos. Se permite cambio de nombre.

ALOJAMIENTO / ACCOMMODATION

HOTEL- SEDE: Barceló Málaga 4*
C/Héroe de Sostoa, 2. 29002 Málaga, España.

Habitación DUI / Dui Room: **189€**

Entrada / Check-In: _____

Tarifas en alojamiento y desayuno / Breakfast included

HOTEL: Eurostars Málaga 4*
C/Héroe de Sostoa, 17. 29002 Málaga, España.

Habitación DUI / Dui Room: **164€**

Entrada / Check-In: _____

10% IVA incluido / 10% VAT included

TOTAL IMPORTE ALOJAMIENTO / TOTAL ACCOMMODATION:

_____ €

IMPORTE TOTAL / TOTAL AMOUNT:

_____ €

FORMA DE PAGO / FORMS OF PAYMENT

- TRANSFERENCIA BANCARIA** (libre de cargas) a favor de:

Viajes El Corte Inglés, S.A. BANK TRANSFER Free of payee charges to VIAJES EL CORTE INGLES, S.A.

Banco Santander Central Hispano IBAN: ES40-0049-1500-0526-1934-8691 (**Por favor envíe copia de la transferencia**) / (Please send proof of bank transfer)

- Tarjeta de Crédito / CREDIT CARD:**

Titular / Holder: DNI • NIF:

Nº de Tarjeta / Card Nº: Caducidad / Expiry date: ____ / ____ (mm/yy) C.V.V.:

Autorizo cargo a mi tarjeta por los importes reseñados. / I here by authorize the amounts set out to be charged to my card.

Firma / Authorized signature: _____

EN CASO DE NECESITAR FACTURA, POR FAVOR CUMPLIMENTE LOS SIGUIENTES DATOS / IN CASE YOU NEED AN INVOICE, PLEASE, FILL IN THE FOLLOWING FISCAL DETAILS

Razón social / Company name: CIF / Tax Code:

Domicilio Social / Registered Address:

Localidad / Registered Address: Provincia / Country: C.P. / Post Code:

E-mail: