



V jornadas de
**ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL**
de Castilla y León
Ávila, 16 y 17 noviembre



ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL DE CASTILLA Y LEÓN
Colegio Profesional de Enfermería de Valladolid

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

Apellidos Nombre
Dirección particular
Ciudad. Prov. C.P.
Tel. Part Fax E-mail

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

Inscripción general..... 120,00 € Asociados..... 100,00 € Estudiantes..... 60,00 €

- La inscripción general incluye: documentación, certificado de asistencia, cafés, almuerzos de trabajo, cena de clausura.
- La inscripción de estudiantes incluye: documentación, certificado de asistencia, cafés.

RESERVAS DE ALOJAMIENTO

Precios por habitación/día, incluidos desayuno e IVA
DOBLE DOBLE USO INDIVIDUAL

HOTEL PALACIO LOS VELADA **** 117,70 € 92,02 €
HOTEL SINAGOGA *** 84,00 € 56,00 €
HOSTAL PUERTA DEL ALCÁZAR 55,00 € 55,00 €

Fecha de entrada: /11/2006
Fecha de salida: /11/2006 Número de Noches:..... IMPORTE TOTAL euros

TOTAL A PAGAR

INSCRIPCIÓN€ + ALOJAMIENTO€ = TOTAL€

CONDICIONES GENERALES

- Último día para garantizar el alojamiento: 31 de Octubre de 2006.
- Precios por habitación y noche, desayuno e IVA incluido.
- Las reservas no serán garantizadas hasta que el pago no haya sido recibido por la Agencia de Viajes. En caso de no poder ofrecer su opción de alojamiento, la Agencia de Viajes facilitará otro hotel de similares características.
- Los precios ofrecidos serán validos unicamente para las reservas que se gestionen a través de VIAJES CAJA ÁVILA.
- Cancelaciones antes del 31 de Octubre, sin gastos. Cancelaciones entre el 1 y el 10 de Noviembre con gastos: primera noche de estancia. Cancelaciones después del 13 de Noviembre o la no presentación con gastos: 100%.

FORMA DE PAGO

A partir de la recepción de este boletín, se cargará en su tarjeta de crédito el importe correspondiente a la estancia en el Hotel seleccionado.

Tarjeta de Crédito Autorizo a cargar en mi tarjeta la cantidad total indicada. (Rogamos adjunten fotocopia del D.N.I.)

VISA AMERICAN EXPRESS MASTER CARD DINERS CLUB

Nombre del Titular

Número de Tarjeta Fecha de Caducidad Total Importe

Transferencia bancaria a favor de:

FIRMA:

Viajes Caja Ávila. C/ Arévalo, 2. 05001 Ávila.
c/c: 2094 0001 05 0001888882

Remitir este boletín cumplimentado a la Secretaría Técnica del Congreso:
VIAJES CAJA ÁVILA, DPTO. CONGRESOS. C/ Arévalo, 2. 05001 Ávila. Tfno: 920 352 910 - Fax: 920 229 397