



**Boletín de Reserva de Hotel**

Por favor, envíen este boletín a:

**Viajes Genil**  
 C/ Narváez N° 15 1° Izqda. 28009 Madrid.  
 Tel. 902 430 960 Fax. 902 430 959  
 www.jornadasnefrourologicas.com  
 info@jornadasnefrourologicas.com

**IMPORTANTE:**

- Rellene un ejemplar por congresista
- Use Mayúsculas
- Los gastos de transferencia, cambio de moneda, etc... serán por cuenta del asistente
- 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 reservas@jornadasnefrourologicas.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)

**Hotel**

HOTEL	CAT.	HAB. DUI	HAB. DOBLE
NELVA	4*	<input type="checkbox"/> 55,00€	<input type="checkbox"/> 60,00€

Hotel	_____
Tipo de Habitación	_____
Fecha de Entrada	___/___/2013
Fecha de Salida	___/___/2013
Precio por noche	_____ €
Número de noches	_____
TOTAL	_____ €

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

Para más información acerca de la política de reservas y cancelaciones, visite la página web [www.jornadasnefrourologicas.com](http://www.jornadasnefrourologicas.com)

**Formas de pago**

Mediante **transferencia bancaria** (es imprescindible que nos envíe copia de la transferencia al fax 902 430 959 indicando Congreso y 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: Banesto  
 CTA: 0030 4290 78 0298015273  
 IBAN: ES21 0030 4290 7802 9801 5273  
 BIC: ESPCESMM

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

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTERCARD  AMEX  
 Titular.....  
 Número.....  
 Vencimiento.....

Remitiendo **cheque** a nombre de Viajes Genil, S.A. (Sólo se aceptarán los recibidos 1 mes antes de la fecha de inicio del Congreso).

Nota: los gastos de cambio de moneda y transferencia serán por cuenta del congresista.

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

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. de Madrid C.P.28001, o a la dirección de correo electrónico secretaria@semergen.es adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.*