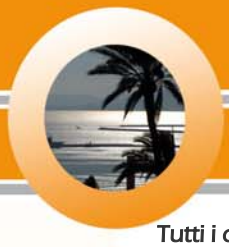

SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Tutti i dati sono obbligatori ai fini della validità della prenotazione

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo privato _____ CAP _____

Città _____ Provincia _____ Tel. _____

Fax _____ E-mail _____

Dati per la fatturazione _____

_____

Accompagnatore 1 Cognome _____ Nome _____

Accompagnatore 2 Cognome _____ Nome _____

Le prenotazioni alberghiere possono essere effettuate solo contestualmente all'iscrizione al Congresso e saranno confermate rispettando l'ordine cronologico di arrivo. Le schede di prenotazione albeghiera dovranno essere inviate entro il 30 marzo 2007. Dopo tale data la Segreteria Organizzativa non garantirà la disponibilità delle camere.
La cancellazione delle prenotazioni è consentita entro il 15 aprile 2007 incluso. Dopo tale data la prima notte di soggiorno a camera sarà addebitata come penalità. Alle cancellazioni derivanti da gravi motivi di salute o seri motivi personali verrà data speciale considerazione. Tali casi saranno valutati singolarmente. Una comunicazione scritta della cancellazione dovrà pervenire alla Biomedical Technologies Srl al seguente indirizzo **sif2007alberghi@biomedicaltechnologies.com** entro il 15 aprile 2007 incluso.

HOTEL	CAMERA SINGOLA	CAMERA DOPPIA
☐ Hotel 4 stelle vicini alla sede congressuale	☐ €130,00/150,00 - Caparra €150,00	☐ €180,00/190,00 - Caparra € 190,00
☐ Hotel 4 stelle	☐ € 70,00/160,00 - Caparra € 160,00	☐ €110,00/190,00 - Caparra € 190,00
☐ Hotel 3 stelle	☐ € 66,00/110,00 – Caparra € 110,00	☐ € 86,00/130,00 – Caparra € 130,00

I prezzi si intendono per camera, al giorno e includono: piccola colazione, tasse, IVA del 10%.

PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Prenoto n. _____ camere Data Check-in _____/_____ Data Check-out _____/_____

MODALITA' DI PAGAMENTO

Il pagamento della caparra, da inviarsi unitamente alla scheda di iscrizione, dovrà essere effettuato tramite:
☐ Assegno bancario intestato a Biomedical Technologies Srl
☐ Bonifico Bancario intestato a Biomedical Technologies Srl su Banca Sella - Sede di Cagliari – c/c 052852612450 ABI 03268 CAB 04800 CIN U
☐ Carta di Credito (Mastercard, Visa, American Express)

Nome del possessore _____

N. Carta ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Data di scadenza (mm/aa) _____/_____

Importo Totale Euro _____ Firma di autorizzazione_____

Il saldo dell'intero soggiorno dovrà essere effettuato con pagamento diretto al check-out in albergo.

Informativa ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 . Consenso alla raccolta e gestione dei dati personali

☐ Autorizzo ☐ Non autorizzo

Data Firma

Si prega di compilare in stampatello e inviare la scheda alla Biomedical Technologies Srl – Via Cugia, 1 – 09129 Cagliari – Tel. +39 070 340293 – Fax +39 070 307727 – E-mail: sif2007alberghi@biomedicaltechnologies.com

33° Congresso Nazionale della SOCIETÀ ITALIANA di FARMACOLOGIA
Cagliari 6 - 9 Giugno 2007