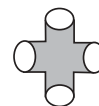


# XVII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR

Chiclana, 1-4 de Junio de 2005



A.E.E.V.  
Asociación Española  
de Enfermería Vasculare

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

Apellidos: ..... Nombre: .....

Dirección particular del asistente: .....

..... NIF: .....

Ciudad: ..... Provincia: ..... C.P.: .....

Teléfono: ..... Fax: ..... e-mail: .....

Hospital: ..... Servicio / Dpto.: .....

### 1. CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	Hasta 30 Marzo	Desde 31 Marzo	Desde 16 Mayo
<input type="checkbox"/> Socios de la A.E.E.V.*	285 €	350 €	380 €
<input type="checkbox"/> No socios	320 €	380 €	420 €
<input type="checkbox"/> Estudiantes**	125 €	135 €	160 €

(\*) Asociación Española de Enfermería Vasculare

(\*\*) Comidas no incluidas. Imprescindible adjuntar certificado

TOTAL CUOTAS DE INSCRIPCIÓN ..... € (1)

### 2. ALOJAMIENTO

Por favor, reserven ..... Habitación individual ..... Habitación doble

(Indique el número de habitaciones solicitadas, en la casilla correspondiente)

Fecha de llegada: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2005 Fecha de salida: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2005 Nº de noches: \_\_\_\_

Precios por noche y habitación (Desayuno e IVA incluidos)	Habitación individual	Habitación doble
<input type="checkbox"/> Hotel Barrosa Park	83,14	119,20
<input type="checkbox"/> Hotel Iberostar Royal Andalucía	80,00	126,00

*Para garantizar la reserva es necesario el pago de la estancia completa*

TOTAL ALOJAMIENTO ..... € (2)

TOTAL A PAGAR (IVA INCLUIDO) ..... € (1+2)

#### PARA INSCRIBIRSE:

• On line:

Cumplimente el formulario de inscripción y alojamiento que figura en la dirección [www.aeev.net](http://www.aeev.net) y procese el pago según se indica

• Por Correo / Fax:

Rellene y firme el boletín de inscripción y remítalo, con la copia del pago correspondiente a:  
**UNICONGRESS / ATLANTA VIAJES.** Bárbara de Braganza, 12 - 3º D, 28004 Madrid  
Tel.: 91 310 43 76 \* Fax: 91 319 57 46 \* CIF: A-08649477

## FORMA DE PAGO:

- Transferencia Bancaria a ATLANTA VIAJES. SANTANDER CENTRAL HISPANO c/c 0049 6127 12 2816012450 indicando claramente "XVII CONGRESO NACIONAL ENFERMERÍA VASCULAR" remitido por .....

.....  
(nombre del congresista para el que se pide la reserva de los servicios)

Remitir una copia del recibo de la transferencia sellada por el banco emisor junto con el Boletín de inscripción y alojamiento

- VISA N°: ..... Fecha de caducidad: .....  
Autorizo a ATLANTA VIAJES a cobrar de mi tarjeta de crédito el importe anteriormente indicado.

Fecha: ..... Firma: .....

## CANCELACIONES:

Todas las cancelaciones o cambios de nombre deberán ser recibidas en UNICONGRESS por escrito (fax, carta o e-mail).

- **ANULACIÓN DE INSCRIPCIONES Ó CAMBIOS DE NOMBRE:**

Las anulaciones ó cambios de nombre recibidos hasta el 30 de Abril tendrán una penalización de 25 euros por gastos de gestión.

Las anulaciones ó cambios de nombre recibidos a partir del 1 de Mayo tendrán una penalización de 50 euros por gastos de gestión.

- **ANULACIÓN DE RESERVAS DE ALOJAMIENTO:**

Las anulaciones recibidas hasta el 30 de Abril tendrán una penalización de 25 euros por gastos de gestión.

Las anulaciones recibidas a partir del 1 de Mayo tendrán una penalización del importe de 1 noche.

- El reembolso de los servicios anulados será efectuado a partir del 6 de Junio de 2005.

## FACTURA

A rellenar en caso de necesitar factura:

Razón Social: ..... N.I.F.: .....

Dirección: .....

Ciudad: ..... C.P.: ..... Provincia: .....

Otros datos específicos: .....

.....

Secretaría Técnica:

**unicongress** 

Unicongress, División de Atlanta Viajes. GC-100  
Bárbara de Braganza, 12 - 3º D, 28004 Madrid  
Tel.: 91 310 43 76, Fax: 91 319 57 46  
e-mail: unicongmad@unicongress.com