



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Devolver al fax: **+34 971 760 727** e-mail: info@agatravel.com
Teléfono de contacto: **971 222 292** (Pilar Moreno)

N.I.F. _____

Apellidos _____ Nombre _____

Dirección de correspondencia _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Telf. _____ Móvil _____ E-mail _____

Acompañante/s _____

Sus datos personales serán introducidos en un fichero de Aga Travel Services con la finalidad de prestar los servicios solicitados y de informar de nuestros productos y servicios. Igualmente, le informamos que sus datos personales podrán ser comunicados a las empresas y profesionales que intervengan y colaboren en la prestación de los servicios solicitados, así como al col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears y entidades que formen el grupo del Colegio, con la finalidad de enviarle la información sobre sus productos y también de los servicios de la Guía de servicios colegiales que puedan ser útiles. Podrán ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición escribiendo a Paseo Mallorca 11, 07011 Palma de Mallorca, indicando claramente su nombre, apellidos, dirección y su petición. [Referencia: "tratamiento de datos"].

CUOTAS DEL CONGRESO

	Antes del 10/09/2013	A partir 11/09/2013
Congresista _____ <small>(incluye: documentación, cafés, almuerzos, cenas y visitas guiadas)</small>	<input type="checkbox"/> 175€	<input type="checkbox"/> 225€
Acompañante _____ <small>(incluye: cafés, almuerzos, cenas y visitas guiadas)</small>	<input type="checkbox"/> 100€	<input type="checkbox"/> 150€
		Total cuotas: <input type="text"/>

ALOJAMIENTO

El precio incluye IVA y desayuno Fecha de entrada _____ Fecha de salida _____ Total noches _____

	Doble	Doble uso individual
Hotel Jaime III ****	<input type="checkbox"/> 133€	<input type="checkbox"/> 124€
Hotel Continental****	<input type="checkbox"/> 138€	<input type="checkbox"/> 124€
Hotel Almudaina***	<input type="checkbox"/> 100€	<input type="checkbox"/> 86€

Total Alojamiento (núm. noches x hotel):

Total Cuotas + Total Alojamiento:

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre de persona o empresa _____

N.I.F. _____ Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Indicar el nombre de quien efectúa el pago _____

Congreso

Patrocinador

MÉTODO DE PAGO (escoger uno)

Transferencia bancaria indicando el nombre de la persona que se inscribe a:

Banco Mare Nostrum: 0487 - 2007 - 74 - 2000009984

A nombre de: CONGRESO JUBILADOS

Concepto: NOMBRE Y APELLIDOS INSCRITO

Titular de la cuenta: AGATRAVEL

Una vez realizada la transferencia bancaria debe enviar una copia de la misma junto con este boletín de inscripción a AGA TRAVEL (fax +34 971 760 727)

Tarjeta de crédito

American Express

Mastercard

VISA

Diners Club

Nº Tarjeta crédito _____

Fecha caducidad _____ Importe _____

Titular _____

Firma del titular _____

Cancelaciones de Hoteles

Antes del 14/08/2013 reembolso del 75%

Antes del 08/09/2013 reembolso del 50€

A partir del 09/09/2013 sin devolución

Secretaría del congreso:

AGATRAVEL Servicios

Paseo Mallorca 11, 07011 Palma de Mallorca

Tel.: 971 222 292

Fax: 971 760 727

E-mail: info@agatravel.com