

BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

POR FAVOR ENVIEN ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO A:
Viajes El Corte Inglés • Princesa, 47 4ª planta • 28008 Madrid • España • Fax: + 34 91 542 47 91 •
Teléfono : + 34 91 204 26 00 • e-Mail: congresosmadrid@viajeseci.es

DATOS PERSONALES:

APELLIDOS:.....NOMBRE.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....TELF:.....

OPCIONES DE ALOJAMIENTO:

	INDIVIDUAL	DOBLE
HOTEL RAFAEL ATOCHA (SEDE)	<input type="checkbox"/> 92,40 €	<input type="checkbox"/> 103,40 €

Precios por habitación / Noche. IVA y desayuno incluido

Precio para las noches del Congreso (entrada 11 de noviembre – salida 13 de noviembre)

OFERTA ESPECIAL FIN DE SEMANA:

Solo para aquellas estancias que permanezcan hasta el domingo 15 de Noviembre (obligatorio pasar la noche del viernes y del sábado – 2 noches)

	INDIVIDUAL	DOBLE
HOTEL RAFAEL ATOCHA (SEDE)	<input type="checkbox"/> 75,00 €	<input type="checkbox"/> 75,00 €

Precios por habitación / Noche. IVA y desayuno incluido

Fecha de Entrada...../11/2015 Fecha de Salida:..... /11/2015

FORMA DE PAGO:

- TRANSFERENCIA BANCARIA.** Libre de cargas a favor de VIAJES EL CORTE INGLÉS S.A.
- BANCO SANTANDER CENTRAL HISPANO: **ES37 0049 1500 03 2810355229**
(Adjuntar copia de la transferencia a este documento)

TARJETA DE CRÉDITO

Autorizo a Viajes El Corte Inglés a cargar en mi tarjeta de crédito la cantidad de€

El Corte Inglés VISA Master Card American Express Diners Club

NÚMERO DE TARJETA.....

FECHA DE CADUCIDAD:...../..... TITULAR:.....

DNI:.....FECHA:...../...../2015. FIRMA:

Firma del titular de la tarjeta (obligatorio)

CONDICIONES DE CANCELACIÓN:

- Para aquellas cancelaciones recibidas antes del 11 de Septiembre 2015 – sin gastos de cancelación
- Para aquellas cancelaciones recibidas entre el 12 de septiembre al 27 de octubre 2015 – 75% gastos de cancelación
- Para aquellas cancelaciones recibidas entre el 26 de octubre al 6 de noviembre 2015 – 90% gastos de cancelación
- Para aquellas cancelaciones recibidas a partir del 7 de noviembre 2015– 100% gastos de cancelación

PETICIÓN DE FACTURA:

RAZÓN SOCIAL.....CIF/NIF.....

DIRECCIÓN.....C.P:.....

LOCALIDAD.....PROVINCIA.....