



Sociedad Española de Sanidad Ambiental

| Para uso exclusivo de la Secretaría | | | | P/P |
|-------------------------------------|----|----|----|-----|
| | | | | P |
| S | NS | PF | RH | |

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y RESERVA HOTELERA

Rellene este formulario a máquina o con LETRAS MAYÚSCULAS y envíelo tan pronto sea posible. Para poder acogerse a la cuota de inscripción mas económica, el pago deberá haber sido hecho efectivo **antes del 18 de Mayo de 2003**. Si el pago no es recibido antes de la fecha indicada, deberá abonar la cuota más alta, aunque el boletín haya sido enviado con anterioridad.

Enviar a: **TILESA OPC, S.L.** c. Londres, 17 - 28028 MADRID

Tel.: 913 612 600 - Fax: 913 559 208 - e-mail: sesa@tilesa.es - www.tilesa.es/sesa

DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____

Centro de trabajo _____

Dirección para correspondencia _____

Código postal _____ Población/Ciudad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

| SÓLO CONGRESO | CUOTA GENERAL | SOCIOS SESA* |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <i>Hasta el 18 de Mayo de 2003</i> | <input type="checkbox"/> 270 € | <input type="checkbox"/> 180 € |
| <i>A partir del 18 de Mayo de 2003</i> | <input type="checkbox"/> 300 € | <input type="checkbox"/> 210 € |
| CONGRESO + 1 TALLER | CUOTA GENERAL | SOCIOS SESA* |
| <i>Hasta el 18 de Mayo de 2003</i> | <input type="checkbox"/> 340 € | <input type="checkbox"/> 220 € |
| <i>A partir del 18 de Mayo de 2003</i> | <input type="checkbox"/> 370 € | <input type="checkbox"/> 250 € |
| SÓLO TALLER | CUOTA GENERAL | SOCIOS SESA* |
| <i>Hasta el 18 de Mayo de 2003</i> | <input type="checkbox"/> 100 € | <input type="checkbox"/> 60 € |
| <i>A partir del 18 de Mayo de 2003</i> | <input type="checkbox"/> 120 € | <input type="checkbox"/> 80 € |

* Las tarifas para los Socios se mantendrán siempre y cuando se esté al corriente de pago a 1 de Marzo de 2003.

La cuota de inscripción incluye:

- Documentación del Congreso
- Asistencia a todos los actos
- Almuerzos (días 18 y 19)
- Cafés (días 18, 19 y 20)
- Cena (día 19)
- Certificado de Asistencia, Comunicante o Co-autor, según corresponda

ALOJAMIENTO

| HOTEL | HABITACIÓN DOBLE | HAB. DOBLE - USO INDIVIDUAL |
|-----------------------|------------------|-----------------------------|
| ABBA Fonseca ★★★★★ | 118 € | 95 € |
| Byblos ★★★★★ | 114,50 € | 102,50 € |
| Plaza del Ángel ★★★★★ | 125 € | 119 € |
| Salamanca Plaza ★★★ | 97 € | 74,50 € |

Precios por habitación y noche, desayuno incluido.
7% IVA no incluido.

| HOTEL | Tipo de Habitación | Número de Habitaciones | DEPÓSITO (Precio de 1 noche + 7% IVA) |
|------------------|--------------------|------------------------|---|
| Primera Opción | | | |
| Segunda Opción | | | |
| Fecha de Entrada | Fecha de Salida | | |

DEPÓSITO

Para garantizar su alojamiento, debe realizar un depósito de una noche de hotel **antes del 14 de Mayo de 2003**. Después de esta fecha deberá abonar el importe correspondiente a las noches restantes hasta completar el total.

CANCELACIONES Y CAMBIOS DE RESERVAS

La cancelación y solicitud de reembolso debe realizarse siempre por escrito **antes del 14 de Mayo de 2003**, dirigido a la Secretaría del Congreso: TILESAS OPC, S.L. Se descontará un 5% por gastos de cancelación. A partir de esta fecha no se aceptarán cancelaciones, ni se tendrá derecho a reembolso.

Por favor, no contacte directamente con el hotel, ya que todas las reservas son manejadas por la Secretaría del Congreso.

FORMAS DE PAGO (Inscripción + Reserva de Hotel)

Todos los pagos deberán ser realizados en Euros (€) a nombre de TILESAS OPC, S.L. mediante:

Incluyo un **CHEQUE** por importe de _____ € a nombre de **TILESAS O.P.C., S.L.**

Les autorizo a cargar el importe en mi **TARJETA DE CRÉDITO:**

VISA

MASTERCARD

AMEX

(únicas tarjetas aceptadas)

Nombre del titular _____

Número de tarjeta

Fecha de caducidad

SÍ, autorizo a cargar como depósito el importe de una noche en el hotel elegido y, a partir del 14 de Mayo, el importe restante de la estancia.

Fecha y firma _____

Si desea factura, incluya aquí los datos del pagador:

Empresa/Centro _____ C.I.F. _____

Departamento _____ Dirección _____

Código Postal _____ Localidad _____