Formulario de Inscripción

Enviar por fax o correo **antes del 19 de enero** de 2007

Secretaría del Congreso
AOPC – 9º Congreso de la SCT
Av. Drassanes 6-8, 19º
E-08001 Barcelona
Tel: 933 027 541 Fax: 933 011 255 E-mail: congress@aopc.es

9º Congreso
Societat Catalana de Trasplantament
BARCELONA
25-28 de febrero, 2007

DATOS PERSONALES

Apellido

Nombre Prof ☐ Dr ☐ Sr ☐ Sra ☐

Institución

Departamento

Dirección

Ciudad Código postal

País

Teléfono Fax

E-mail

INSCRIPCIÓN

Inscripción general	500 euros	x 1 persona	euros
Profesionales en formación (adjuntar justificante)	375 euros	x 1 persona	euros
Tiquet extra para la cena del congreso	100 euros	x ___ personas	euros

RESERVA DE ALOJAMIENTO

Hotel AC Barcelona Taulat 278, 08019 Barcelona

Depósito de garantía por cada habitación reservada 250 euros x _____ habitaciones euros

☐ Habitación Individual: 140 euros Fecha llegada

☐ Habitación Doble: 140 euros Fecha salida

Precios por habitación y noche con desayuno. IVA no incluido

FORMA DE PAGO

☐ Cheque bancario en euros a nombre de AOPC

☐ Tarjeta de crédito ☐ Visa ☐ Mastercard ☐ American Express

Fecha de caducidad ___/___

Número tarjeta

Titular tarjeta

Firma del titular de la tarjeta y fecha

Mediante la presente autorizo a AOPC a cargar a mi tarjeta de crédito el total correspondiente a los servicios indicados en este formulario. Así mismo acepto los términos de cancelación que se detallan en el programa oficial del congreso. Igualmente expreso mi consentimiento para que mis datos personales y/o profesionales aquí facilitados sean utilizados por AOPC en todas aquellas gestiones y tramites que estime oportunos relativos a mi participación en el 9º Congreso de la Societat Catalana de Trasplantament.