



BOLETÍN DE ALOJAMIENTO



Enviar a: VIAJES EL CORTE INGLÉS, S.A. / Dpto. CONGRESOS CIENTÍFICO-MÉDICOS

C/ Alberto Bosch, 13 • 28014 Madrid (Spain) • Tel.: +34 91 330 07 26 • Fax: +34 91 420 39 52 • E-mail: seaic@viajeseci.es

Fecha límite de admisión de boletines en Secretaría: Hasta 20 de octubre de 2017

DATOS PERSONALES

Apellidos:

Nombre:

Comunidad Autónoma: Provincia:

Tel: E-mail:

HOTELES

HOTEL	DUI	DOBLE	DIRECCIÓN
AC MURCIA 4* ESTANDAR	82,50€	99,00€	Av. Juan Carlos I, 39, 30009 – Murcia
AC MURCIA 4* DELUXE	88,00€	99,00€	Av. Juan Carlos I, 39, 30009 – Murcia
AGALIA 4*	88,00€	99,00€	Av. Arquitecto Miguel Ángel Beloqui, 7, 30006 – Murcia
ARCO DE SAN JUAN 3*	66,00€	76,00€	Plaza Ceballos, 10, 30007 – Murcia
AZARBE 4*	75,00€	90,00€	Av. del Rocío, 2, 30009 – Murcia
CATALONIA CONDE FLORIDABLANCA 4*	90,00€	100,00€	Calle Princesa, 18, 30002 – Murcia
CETINA 3*	55,00€	60,00€	Calle Radio Murcia, sn, 30001 – Murcia
CHURRA 3*	64,00€	74,00€	Av. Marqués de los Vélez, 12, 30008 – Murcia
CHURRA VISTALEGRE 3*	54,00€	64,00€	Calle Arquitecto Juan José Belmonte, 4, 30007 – Murcia
HESPERIA MURCIA 3*	94,00€	103,00€	Calle Madre de Dios, 4, 30004 – Murcia
NELVA 4*	99,00€	110,00€	Av. Primero de Mayo, 5, 30006 – Murcia
NH AMISTAD 4*	113,00€	126,00€	Calle Condestable, 1, 30009 – Murcia
PACOCHÉ 3*	56,00€	64,00€	Calle Cartagena, 30, 30002 – Murcia
SERCOTEL JC1 4*	90,00€	100,00€	Av. Juan Carlos I, 55, 30100 – Murcia
SILKEN 7 CORONAS 4*	95,00€	105,00€	Ronda de Garay, 5, 30003 – Murcia
TRYP RINCON DE PEPE 4*	130,00€	140,00€	Calle Apóstoles, 34, 30001 – Murcia
ZENIT MURCIA 3*	65,00€	70,00€	Plaza San Pedro, 5-6, 30004 – Murcia

Precios por habitación y noche, I.V.A. y desayuno incluido.

HOTEL

1º Opción: 2º Opción:

Doble Uso Individual Doble Entrada/...../..... Salida/...../..... Total noches: Precio total: €
(dd/mm/aa) (dd/mm/aa)

FORMAS DE PAGO

Mediante Transferencia Bancaria a favor de: Viajes El Corte Inglés, S.A. (Libre de cargas en la cuenta)

Banco Santander Central Hispano: IBAN: ES37 0049 1500 03 2810355229 (Rogamos adjunte copia de la transferencia)

Tarjeta de Crédito: VISA DINNERS MASTERCARD AMEX

Titular: D.N.I.:

Nº de Tarjeta: Caducidad: / CW:

Autorizo el cargo a mi tarjeta por los importes reseñados. (mm/aa)

Firma:

EN CASO DE PRECISAR FACTURA, POR FAVOR CUMPLIMENTE LOS SIGUIENTES DATOS

Razón Social:

C.I.F./N.I.F.: Domicilio:

Localidad: C.P.: Provincia:

Los datos personales incluidos en este documento son de carácter confidencial de acuerdo con la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, el titular de estos datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación y cancelación solicitándolo por escrito a SEAIC, Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, Avda. C/ Comandante Zorita 13. 28020 – Madrid.