

**13° CORSO DI PERFEZIONAMENTO
IN MEDICINA VASCOLARE**

LE MALATTIE VASCOLARI CEREBRALI

Perugia, 16/18 giugno 2006

RICHIESTA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ (Prov _____)

TEL _____ FAX _____

E-MAIL _____

ENTE DI APPARTENENZA _____

	HOTEL		Camera doppia uso singola		Camera doppia
<input type="checkbox"/>	**** Arte Hotel Perugia (vicino sede del corso)	<input type="checkbox"/>	€ 88,00	<input type="checkbox"/>	€ 124,00
<input type="checkbox"/>	**** La Rosetta (centro città)	<input type="checkbox"/>	€ 115,00	<input type="checkbox"/>	€ 130,00
<input type="checkbox"/>	*** Hotel Fortuna (centro città)	<input type="checkbox"/>	€ 89,00	<input type="checkbox"/>	€

Si prega di indicare con una X la scelta dell'hotel e della tipologia di camera

Data di Arrivo	Data di Partenza	N° Notti
----------------	------------------	----------

INFORMAZIONI GENERALI

Condizioni di prenotazione:

L'agenzia si riserva di variare la categoria dell'hotel in caso di mancata disponibilità in quelle prescelte. Ogni cambiamento sarà tempestivamente comunicato. A conferma della prenotazione l'agenzia provvederà ad inviare una conferma scritta con l'indicazione dei dati relativi all'hotel assegnato. Saranno prese in considerazione solamente le richieste con allegata la ricevuta del pagamento effettuato. Il saldo del soggiorno, dovrà essere effettuato direttamente all'albergo. Al termine del soggiorno, l'hotel rilascerà la ricevuta/fattura per l'intero ammontare del costo del soggiorno.

Annullamento della prenotazione :

In caso di annullamento della prenotazione alberghiera, dovrà essere inviata disdetta scritta alla segreteria organizzativa. Per annullamenti effettuati entro il _____ è previsto il rimborso totale della cauzione inviata. Nessun rimborso è previsto per annullamenti pervenuti dopo tale data.

SOMMARIO DI PAGAMENTO

N° _____ PERNOTTAMENTI € _____,00
(nell'albergo sopra indicato e per la tipologia di camera scelta)
DIRITTI D' AGENZIA € 10,00

TOTALE PAGATO €

MODALITA' DI PAGAMENTO

1) BONIFICO BANCARIO

Ho effettuato il bonifico bancario per l'importo di € _____ sul seguente conto corrente :
C/C 000000136490 intestato a CONSULTA UMBRIA S.r.l.
Monte dei Paschi di Siena – Ag. 4 – Via Baglioni – Perugia
ABI 1030 – CAB 03004 – CIN “ N “

2) ASSEGNO BANCARIO

Invio assegno bancario non trasferibile, intestato a CONSULTA UMBRIA SRL.

Data, _____ Firma _____