

Complete en letra de imprenta

**PARTICIPANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
 Institución \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Prov.: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**HOTEL**

Las tarifas están expresadas en US\$ (dólares estadounidenses) con IVA incluido (21%). Los valores son por habitación, por noche. Por favor complete:

Nombre del Hotel + Tipo de Habitación	US\$	Check-in date	Check-out date	# of rooms	Total US\$

\* Incluye desayuno buffet

Todas las tarifas expresadas en el presente formulario son aproximadas y pueden ser modificadas por el Hotel sin previo aviso.

**REQUERIMIENTOS ESPECIALES**

**Quisiera garantizar**

Early check-in\*     Late check-out\*    \*(Para garantizar debe abonarse una noche extra en cada caso)  
 Fumador     Double / 1 cama ↔     Double / 2 camas ↔↔  
     Single     Discapacitados (requerimiento especial)

**OBSERVACIONES.....**

**TÉRMINOS Y CONDICIONES**

Los hoteles requieren una garantía equivalente a dos (2) noches por cada reserva de habitación. Hay dos opciones:  
 A) Tarjeta de crédito: El hotel usará los datos de la tarjeta de crédito como garantía y solo cobrará una penalidad en caso de cancelaciones o no-shows. Pudiendo debitar una (1) noche de alojamiento como garantía.  
 B) Transferencia bancaria: Es necesario transferir el depósito (2 noches) a la cuenta del Hotel correspondiente. Por favor contáctese con la Secretaría General para recibir la información. Es importante enviar el comprobante de la transferencia bancaria al +54 223 495-3412.  
 REF: "[NOMBRE] [APELLIDO] - OFTALMOLOGÍA 2011 - HOTELERÍA". Caso contrario no se hará efectiva la reserva.

**Cancelaciones:** Las cancelaciones deberán ser enviadas por e-mail a [oftalmologia2011@mci-group.com](mailto:oftalmologia2011@mci-group.com).  
 Hasta el 8 de Febrero inclusive: cancelaciones realizadas por escrito no tendrán penalidad.  
 Desde el 9 de Febrero hasta el 28 de Febrero inclusive: cancelaciones realizadas por escrito sufrirán 1 noche de penalidad.  
 Desde el 1 de Marzo hasta el 18 de Marzo inclusive: cancelaciones realizadas por escrito sufrirán 2 noches de penalidad.  
 Después del 18 de Marzo: No se aceptarán devoluciones.

**DATOS DE TARJETA DE CRÉDITO**

**Importante:** esta parte debe ser completada en su totalidad. De no proporcionar todos los datos solicitados, la reserva no será procesada. Si no se provee el código de seguridad de la Tarjeta de Crédito o no realiza la Transferencia Bancaria equivalente a 2 noches de habitación, no podrá confirmar la reserva de hotel.

Tarjeta de crédito     Visa     MasterCard     American Express   

Dieciséis números, casos especiales trece números.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Banco Emisor: \_\_\_\_\_ Fecha de Venc.: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cod. De Seguridad: \_\_\_\_\_

Autorizo a utilizar esta tarjeta como garantía de la reserva de Hotel y a debitar de ella una (1) noche de alojamiento como garantía o el importe correspondiente en el caso de cancelación o "no-show"

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Acepto las condiciones previstas en el presente formulario.

**Transferencia Bancaria**

Es necesario transferir el depósito (2 noches) a la cuenta del Hotel correspondiente. Por favor contáctese con la Secretaría General para recibir la información Recuerde enviar por fax el comprobante de cada transferencia bancaria al + 54 223- 495-3412.  
 REF: "[NOMBRE] [APELLIDO] - OFTALMOLOGÍA 2011 - HOTELERÍA"



**mci**

Secretaría General

Tel/Fax: +54 223 495-3412 - (7600) - Mar del Plata - Argentina

E-mail: [oftalmologia2011@mci-group.com](mailto:oftalmologia2011@mci-group.com) - Web: [www.oftalmologia2011.com.ar](http://www.oftalmologia2011.com.ar)