



FICHA DE INSCRIPCIÓN

cierre de inscripción: **Lunes 10 de Abril de 2018** (por Sistema)

Apellido y nombre: _____

Matrícula: _____ Fecha de nacimiento: / / Edad: _____ DNI: _____

Partido: _____ Email: _____ Teléfono: _____

TIPO DE INSCRIPCIÓN (marcar con una X)

INSCRIPCIÓN CON ALOJAMIENTO

Incluye **inscripción, seguro deportivo, 3 noches de alojamiento con desayuno, lunch de apertura y cena de clausura. Plazas limitadas y sujetas a disponibilidad.**
Se otorgarán por orden de inscripción.

HOTEL ALEJANDRO I
(Ingreso: / / 18 - Egreso: / / 18)
Farmacéuticos **\$6.000** | Acompañantes **\$6.300**
(Consulte por grupo familiar con menores)
NOCHES EXTRAS: \$1.300 por persona en base doble

INSCRIPCIÓN SIN ALOJAMIENTO

Incluye **inscripción y seguro deportivo. Lunch de apertura y cena de clausura.**

Farmacéuticos **\$1.500** | Acompañantes **\$1.800**
Menores de 12 años **\$1.000**



MARCAR EN CASO DE SER CELÍACO O VEGETARIANO

Celíaco
 Vegetariano
 Otro

ACOMPAÑANTE

NOMBRE (indicar vínculo familiar si aplica)	FECHA DE NACIMIENTO	DNI
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

COMPARTO HABITACIÓN CON _____

Las habitaciones serán COMPARTIDAS (dobles).
Si Ud. asiste solo, detalle a continuación nombre y apellido de cada una de las personas con las que desea compartir habitación ESTO QUEDARÁ SUJETO A LA DISPONIBILIDAD DEL HOTEL.

ACLARACIÓN: Si Ud. no manifiesta su voluntad de compartir la habitación al enviar esta ficha de inscripción, sus acompañantes podrían ser designados por personal del Hotel.

INSCRIPCIÓN A DEPORTES INDIVIDUALES

1. _____
2. _____
Detalle a continuación en qué deportes va a competir.
Ej.: Atletismo, Tenis, Maratón, Ajedrez, Natación, etc.
Cada farmacéutico no podrá participar en más de DOS (2) DISCIPLINAS.

FORMA DE PAGO

A. **PAGO CON ALOJAMIENTO** Adherido al SU: **10 cuotas** No adherido al SU: **6 cuotas**

B. **PAGO SIN ALOJAMIENTO** Adherido al SU: **4 cuotas** No adherido al SU: **2 cuotas**

C. **PAGO CON CHEQUE INTERDEPÓSITO EN UNA (1) CUOTA** CHEQUE N° _____ DEL BANCO _____

D. PAGO POR INTERDEPÓSITO O TRANSFERENCIA

Cuenta Corriente N° 81587/3 Banco de la Provincia de Buenos Aires sucursal 2000, CBU 0140999801200008158739, CUIT 30-55085706-1, titular: Colegio de Farm. de la Pcia. de Bs. As. Si usted envía el pago por separado a la ficha de inscripción deberá remitir indefectiblemente por mail a: olimpiadas@colfarma.org.ar o por fax al (0221) 429-0950 el comprobante correspondiente junto con un detalle de los conceptos que abona.

COSTO TOTAL DE SU INSCRIPCIÓN

\$

FIRMA TITULAR

TALLE DE EQUIPO DEPORTIVO

Únicamente para Farmacéuticos (debe ser solicitado a su delegado deportivo).
Obsequio de laboratorio Montserrat y Eclair.

Small (S) Large (L) Doble Extra large (XXL)
 Medium (M) Extra large (XL)

