



SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA

Compilare ed inviare alla Segreteria Organizzativa entro il 15 agosto 2005
OSC Healthcare - Via Santo Stefano, 6 - 40125 Bologna
Tel. 051 224232 - Fax 051 226855 - info@osc Bologna.com

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____ Cell. _____

Nome dell'eventuale accompagnatore _____

Hotel e Categoria	Costo DUS Doppia Uso Singola	Costo Doppia
ROMA (***) www.hotelroma.biz	€ 115,00	€ 140,00
SAVOIA (****) www.savoia.it	€ 110,00	€ 150,00
STARHOTEL (****) www.starhotels.it	€ 148,00	€ 163,00

Dati per la fatturazione dei pernottamenti

Fatturare a _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____

Partita Iva _____ Codice Fiscale _____

Si richiede la prenotazione all'hotel _____

camera/e Dus

camera/e Doppia

Data di arrivo ___/___/___ Data di partenza ___/___/___ Tot. Notti ____

IMPORTANTE

I costi segnalati sono per camera, per notte, comprendenti la prima colazione.

Le prenotazioni alberghiere dovranno pervenire complete del pagamento DELL'IMPORTO TOTALE del soggiorno più € 15,00 di diritto fisso per spese di prenotazione ed amministrative. Le richieste verranno evase in ordine di arrivo. Nel caso nessuno degli hotels prescelti fosse disponibile, la Segreteria Organizzativa provvederà a confermare un hotel di categoria simile a quelli prescelti. Non si garantiscono prenotazioni pervenute dopo il 15 agosto 2005.

CANCELLAZIONI

In caso di cancellazione della prenotazione alberghiera entro il 60 giorni dall'arrivo verrà rimborsato l'intero importo tranne gli € 15,00 del diritto fisso.

Per cancellazioni pervenute tra 60 e 30 giorni dall'arrivo verrà trattenuto l'importo di una notte più € 15,00.

Per cancellazioni a 30 o meno giorni dall'arrivo, penale 100%.

Non saranno accettate schede di prenotazione alberghiera incomplete o prive del pagamento. Le prenotazioni saranno confermate dalla Segreteria Organizzativa tramite l'invio di un voucher.

Modalità di pagamento per effettuare la prenotazione alberghiera

Il pagamento della prenotazione alberghiera si può effettuare:

- tramite assegno circolare o bancario non trasferibile intestato a:
OSC Healthcare srl, Via Santo Stefano, 6, 40125 Bologna
- allegando copia della ricevuta del bonifico bancario effettuato a favore di OSC Healthcare,
Congresso AISP, presso CARISBO, Ag. 9 Filiale Cavour c/c 07400025282A, ABI 06385, CAB
02409, CIN W, specificando il nome della persona che prenota. Commissioni bancarie a carico del
committente
- utilizzando una delle seguenti carte di credito: _____ CartaSi _____ Visa _____ Mastercard
Numero _____ Scadenza _____
Intestata a _____ data di nascita dell'intestatario _____
Autorizzo l'addebito di € _____ pari all'intero soggiorno per il periodo richiesto più € 15,00 di
diritto fisso
Firma dell'intestatario _____ Data _____
IMPORTANTE: Non si accettano carte American Express o Diners

I Suoi dati sono trattati nel rispetto della normativa vigente (liceità, trasparenza e correttezza) in forma anche automatizzata al solo fine di prestare

i servizi che comprendono:

- informazione sulle iniziative di OSC Healthcare Srl
- studi e ricerche statistiche e di mercato
- predisposizione del registro dei collegamenti
- informazione sui corsi di formazione ECM e convegni
- informazioni su pubblicazioni scientifiche

con modalità strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia, non potremo dare corso all'iscrizione. Titolare

del trattamento è OSC Healthcare Srl. Potrà esercitare i diritti dell'art. 7 del D.LGS. n. 196/03 (accesso, correzione, integrazione, opposizione, cancellazione....)

rivolgendosi al titolare del trattamento. I suoi dati saranno trattati da incaricati preposti alla gestione dei quesiti, al marketing e potranno essere comunicati

a società che collaborano con OSC Healthcare Srl per le medesime finalità CONSENSO EX ART. 23 DEL D. LGS. N. 196/03

Letta l' informativa acconsento al trattamento dei dati personali per le iniziative ed i servizi sopra esposti:

Firma _____ Data _____

ACCETTAZIONE

Dichiaro di aver letto, compreso e di accettare quanto disposto nella presente scheda

Firma _____ Data _____