

25 - 26
mayo 2015
VALENCIA

[VI]
Jornadas

de Reflexión y Debate
de las Unidades de Calidad
de las Universidades Españolas

UNIVERSITAT ID VALENCIA Unidad de Calidad

ANÁLISIS TÉCNICO DE LOS PROGRAMAS INSTITUCIONALES DE CALIDAD

Imprescindible cumplimentar todos los campos en MAYUSCULAS y **enviar** el presente documento,
vía Fax o E-mail a : **Viajes El Corte Inglés, S.A. División MICE**
Gran Vía Fernando El Católico nº 3 bajo • 46008 Valencia (España)
Tel.: +34 963 107 189 • Fax: +34 963 411 046 • E-mail: congresos.valencia@viajeseci.es
Fecha límite de admisión de boletines en Secretaría: 15 de Mayo de 2015.

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

CUOTA DE INSCRIPCIÓN:

| ANTES 4/MAYO | A PARTIR 5/MAYO | ASISTENCIA ALMUERZO DIA 26 MAYO | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 150,00 € | <input type="checkbox"/> 200,00 € | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

ALOJAMIENTO:

| HOTEL | Habitación Individual | Habitación doble |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| Ayre Astoria Palace, 4* | <input type="checkbox"/> 68,00 € | <input type="checkbox"/> 83,00 € |
| DÍA LLEGADA: / / DÍA SALIDA: / / TOTAL NOCHES: | | |

Precios por habitación y día. Desayuno Buffet incluido / IVA vigente incluido
Para alojamiento alternativo contactar con la Secretaría de la Reunión

TOTAL ALOJAMIENTO:..... + TOTAL INSCRIPCIÓN:..... = TOTAL A PAGAR €

Hotel Ayre Astoria Palace: Plaza de Rodrigo Botet, 5 - 46002 Valencia - Tel.: 963 981 026 - www.ayrehoteles.es

FORMAS DE PAGO:

Transferencia Bancaria a nombre de **VIAJES EL CORTE INGLES, S.A.** Concepto: **UNIDADES CALIDAD + Nombre Inscrito/a**
Banco Santander Central Hispano N° **ES37 0049/1500/03/2810355229** (**Imprescindible adjuntar copia de la transferencia**) -

Tarjeta El Corte Inglés Tarjeta VISA Tarjeta MASTER CARD

Número de tarjeta: _____ Fecha Caducidad: _____ / _____ (mm/aa)

Titular de la tarjeta: _____ CVV (3 dígitos detrás de la tarjeta): _____

D.N.I.: _____ IMPORTE TOTAL AUTORIZADO: _____ € Firma (Imprescindible):

NOTAS IMPORTANTES:

- Pago Total de los servicios en el momento de realizar la petición.
- Sin el pago realizado no se confirmarán los servicios solicitados.