

XII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUJANOS DE COLUMNA
Del 21 al 25 de junio 2011.



HOTEL HILTON CANCUN GOLF & SPA RESORT.



TIPO DE HABITACION:	COSTO	IVA	COSTO POR HABITACION POR NOCHE
SENCILLA	\$2,050.00	\$328.00	\$2,378.00
DOBLE	\$2,270.00	\$363.20	\$2,633.20

Persona extra: \$800.- con desayuno incluido.

Precios por habitación, por noche de acuerdo al tipo de habitación seleccionado.

EL COSTO TOTAL INCLUYE: Desayuno buffet de acuerdo al tipo de habitación seleccionada, impuestos y propinas a bellboys y camaristas

Para garantizar su reservación es necesario pagar las 2 primeras noches.

El saldo restante deberá ser liquidado ANTES de su llegada

Llenar este formato y enviarlo por fax o e-mail a ESPECIALISTAS EN EVENTOS MÉDICOS:

Tels. +52 (55) 56 98 66 20, 56 98 66 21, 56 96 35 19, 56 96 50 91

reservaciones@espencon.com

FORMATO DE RESERVACIÓN

(Llenar a máquina o letra de molde)

DATOS DEL HUESPED

*** INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN:**

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Colonia: _____
 Delegación o Municipio: _____
 Estado: _____
 Código Postal: _____
 E-mail: _____
 Tel: _____ Fax: _____
(INCLUIR NUMERO DE LARGA DISTANCIA)

* Razón social: _____
 * R.F.C.: _____
 * Dirección Fiscal: _____

* Nota: En caso de requerir factura, solicitar el comprobante en el **mes que fue realizado el pago**. Después de dicho plazo **NO SE PODRAN EMITIR FACTURAS**

DATOS DE RESERVACION:

Tipo de Habitación:
 SENCILLA (1 PERSONA) * DOBLE (2 PERSONAS, 1 CAMA) * DOBLE (2 PERSONAS, 2 CAMAS)

Nombre acompañante: _____

Fecha Entrada : _____ Fecha Salida: _____

* ENVIAR **SOLAMENTE UNA FORMA DE REGISTRO POR HABITACION** con todos los datos solicitados, anexando el **pago de las 2 primeras noches** de Hotel o el pago total de su estancia.

* **CAMBIOS: NO SE REALIZARAN CAMBIOS VIA TELEFONICA**, cualquier cambio a su reservacion requiere comunicarlo **POR ESCRITO** por fax o e-mail a Especialistas en Eventos Médicos, S.A de C. V.

FORMAS DE PAGO

1) Depósito Bancario cuenta: **4023338346**. Suc. 0630. Banco HSBC a nombre de **Especialistas en Eventos Médicos, S.A de C.V.**

2) Transferencia Bancaria **CLABE 0211 800 4023 3383 466** Suc. 0630. Banco HSBC a nombre de **Especialistas en Eventos Médicos, S.A. de C.V.**

3) Con cargo a su tarjeta **VISA, MASTER CARD o AMERICAN EXPRESS** llenando el siguiente formulario y **enviarlo por fax o e-mail junto con la copia su identificación oficial y tarjeta de crédito por ambos lados, indispensable para procesar su clave de confirmación.**

Tipo de tarjeta: VISA Banco: _____ AMERICAN EXPRESS
 MASTER CARD

Nombre Tarjetahabiente: _____

Número de la Tarjeta: _____ Fecha Vencimiento: _____

Código de la Tarjeta: _____

Autorizo el cargo a Especialistas en Eventos Médicos, S.A. de C.V. por la cantidad de:

Pago de 2 noches: \$ _____ **Pago Total de la estancia: \$** _____

Firma Tarjetahabiente

Debo y pagaré incondicionalmente a la vista del banco emisor o cualquiera de sus representantes autorizados el importe de este pagaré y los demás cargos que del mismo deriven

NOTAS IMPORTANTES:

*** CANCELACIONES: Cualquier cancelación deberá enviarse POR ESCRITO a Especialistas en Eventos Médicos**

- **ANTES DEL 22 de MAYO de 2011**, causará un cargo de \$500.00 MN por gastos administrativos

- **Del 23 de MAYO al 10 de JUNIO del 2011** causará un cargo de una noche del costo total de la habitación con impuestos incluidos.

- **DESPUES del 10 de JUNIO del 2011** causará un cargo de dos noches del costo total de la habitación con impuestos incluidos.