Ficha de Inscripción

Cierre de Inscripción: **Lunes 10 de Abril de 2017** (por sistema)

Apellido | | | | | | | | | | | | Nombres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Matrícula ..... Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Edad: ..... DNI: .....

Partido: .....E-mail: ..... Teléfono: .....

TIPO DE INSCRIPCIÓN (marcar con una **X**)

INSCRIPCIÓN CON ALOJAMIENTO

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

- ☐ **HOTEL "EPIC" - ¡ÚLTIMAS PLAZAS!** Farmacéuticos **$5.500** | Acompañantes **$5.800**
- ☐ **HOTEL "TORRES DEL SOL" - ¡ÚLTIMAS PLAZAS!** Farmacéuticos **$3.300** | Acompañantes **$3.600**

INSCRIPCIÓN SIN ALOJAMIENTO

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

- ☐ **SIN alojamiento** Farmacéuticos **$1.500** | Acompañantes **$1.800**

⚠ **MARCAR EN CASO DE SER CELÍACO O VEGETARIANO**

- ☐ Celíaco
- ☐ Vegetariano
- ☐ Otro .....

ACOMPAÑANTES:

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 sólo, detalle a continuación nombre y apellido de cada una de las personas con las que desea compartir la habitación.
ESTO QUEDARÁ SUJETO A LA DISPONIBILIDAD DEL HOTEL.

ACLARACION: 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 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: 6 cuotas** ☐ **No Adherido al SU: 3 cuotas**

C) Pago con cheque o interdepósito en 1 cuota:

Cheque Nro ..... del Banco ..... o interdepósito en la Cuenta Corriente Nº 81587/3 Banco Provincia de Buenos Aires Sucursal 2000, en concepto de inscripción para los "XXI Juegos Deportivos Farmacéuticos NACIONALES" . Si Ud. envía el pago separado de la Ficha de Inscripción deberá remitir indefectiblemente por fax al (0221) 429-0900 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 del laboratorio Monserrat y Eclair

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

Para mayor información:
Comuníquese con el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires a los teléfonos: (**0221) 429-0900 (líneas rotativas) / 4290925 (Roberto Fischbach)**
o por e-mail a: *olimpiadas@colfarma.org.ar*

Colegio de Farmacéuticos
de la Provincia de Buenos Aires