

XI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUJANOS DE COLUMNA
12 al 15 de Septiembre 2010. ACAPULCO GUERRERO



HOTEL FAIRMONT PRINCESS



TIPO DE HABITACION: SENCILLA O DOBLE	COSTO	IVA	TOTAL POR HABITACION
HABITACIONES RESIDENTES (VISTA JARDIN)	\$1,340.00	\$214.40	\$1,554.40
HABITACION FAIRMONT OCEAN VIEW (VISTA AL MAR)	\$1,870.00	\$299.20	\$2,169.20
HABITACION OCEAN VIEW THE PEARL (TORRE PERLA)	\$2,490.00	\$398.40	\$2,888.40

INCLUYE: Impuestos sobre hotelería, propinas, bellboys y camaristas

Precios por habitación, por noche en ocupación sencilla o doble.

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

(Favor de llenar a máquina o letra de molde)

DATOS DEL HUESPED:

*** INFORMACION 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.: _____
 * Direccion Fiscal: _____

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

DATOS DE RESERVACION:

Tipo de Habitación: **HABITACION OCEAN VIEW THE PEARL** **SENCILLA (1 PERSONA)**
HABITACION FAIRMONT OCEAN VIEW **DOBLE (2 PERSONAS, 1 CAMA)**
HABITACION RESIDENTES ACREDITADOS **DOBLE (2 PERSONAS, 2 CAMAS)**

Nombre acompañante: _____

Fecha Entrada : _____

Fecha Salida: _____

Pago de 2 noches: \$ _____

Pago Total de la estancia:\$ _____

* 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 a la Cuenta **4023338346** Suc. 0630 en el Banco HSBC a nombre de **Especialistas en Eventos Médicos, S.A. de C.V.**

2) 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: _____

 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 demas cargos que del mismo deriven

NOTAS IMPORTANTES:

*** CANCELACIONES: Cualquier cancelación deberá enviarse POR ESCRITO:**

- **ANTES DEL 28 de AGOSTO de 2010**, causará un cargo de \$500.00 MN por gastos administrativos
- **Del 28 de AGOSTO al 07 SEPTIEMBRE del 2010** causará un cargo de una noche del costo total de la habitación más IVA..
- **DESPUES del 07 de SEPTIEMBRE del 2010** causará un cargo de dos noches del costo total de la habitación mas IVA.