

## BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

Por favor envíen debidamente cumplimentado a:  
VIAJES EL CORTE INGLES, S.A. / MICE Congresos  
C/ San Severo 10 - Planta baja - 28042 Madrid · E-Mail: [minoritarias.semi@viajeseci.es](mailto:minoritarias.semi@viajeseci.es)

### DATOS PERSONALES

APELLIDOS ..... NOMBRE .....  
DNI ..... LOCALIDAD ..... CP .....  
DIRECCIÓN ..... PROVINCIA .....  
EMAIL ..... TEL .....

HOTEL	DIRECCIÓN	PRECIO	
		HAB. INDIVIDUAL	HAB. DOBLE
EUROSTARS GRAN HOTEL SANTIAGO 4*	Avenida do Mestre Mateo, 27, 15706 Santiago de Compostela.	<input type="checkbox"/> 115 €	<input type="checkbox"/> 125 €
EXE PEREGRINO 4*	Av. de Rosalía de Castro, S/N, 15706 Santiago de Compostela.	<input type="checkbox"/> 115 €	<input type="checkbox"/> 125 €

\* Precios por habitación y por noche en régimen de alojamiento y desayuno. IVA vigente incluido.

### Por favor indique su orden de preferencia:

Tipo de habitación:  INDIVIDUAL (AD)  DOBLE (AD) N° de habitaciones: \_\_\_\_\_  
Entrada: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aa) Salida: ..... / ..... / ..... (dd/mm/aa) N° total de noches: \_\_\_\_ Precio total: \_\_\_\_\_ €

### FORMA DE PAGO

- Transferencia Bancaria** a favor de Viajes El Corte Inglés, S.A. libre de cargas en la cuenta:  
Banco Santander Central Hispano: IBAN.: ES37 0049 1500 03 2810355229  
(Rogamos adjunte copia de la transferencia)
- Tarjeta de Crédito:** En caso de querer realizar el pago con tarjeta, envíe un correo a [minoritarias.semi@viajeseci.es](mailto:minoritarias.semi@viajeseci.es).  
Le proporcionaremos un link de pago seguro para que introduzca los datos de la tarjeta.

### NOTAS IMPORTANTES

#### CONDICIONES PARA RESERVAS INDIVIDUALES:

- Pago total de la reserva de alojamiento en el momento de su realización.
- Cancelaciones después del 1 de marzo se devengará un 100% de gastos.

CONDICIONES PARA RESERVAS DE GRUPO: Para condiciones de grupo, rogamos consulten con la Secretaría Técnica.

### DATOS PARA EMISIÓN DE LA FACTURA

Nombre y Apellidos o Razón social:..... C.I.F./N.I.F.:.....  
Domicilio Social:.....  
Localidad:..... C.P.:..... Provincia:.....  
Persona de contacto:.....  
Teléfono:..... Fax:..... E-mail:.....

Al inscribirse en el presente Congreso, autoriza expresamente el tratamiento de sus datos personales a la Sociedad Española de Medicina Interna para la gestión del mismo, su participación en las actividades formativas y divulgativas y en otros actos realizados dentro de dicho Congreso, así como para la generación de los diplomas de asistencia. La base que legitima el tratamiento es la prestación de los servicios derivados de la inscripción. Puede ejercitar sus derechos reconocidos por la normativa legal vigente a través de comunicación escrita, acompañada de su documentación de identidad, ante SEMI en la dirección siguiente: Sociedad Española de Medicina Interna. Campus SEMI-FEMI. C/Pintor Ribera num.3, bajo Izda, 28016 Madrid o ante nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección [dpo@fesemi.org](mailto:dpo@fesemi.org). Si considera vulnerados sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección Datos. Dispone de más información en nuestra Política de Privacidad entrando en: [www.fesemi.org](http://www.fesemi.org)

