

FEPUBA XV OLIMPIADA INTERPROFESIONAL

DE LA PROV. DE BUENOS AIRES MIRAMAR - 3, 4 Y 5 DE OCTUBRE DE 2019

FICHA DE INSCRIPCIÓN

cierre de inscripción: **Viernes 20 de Septiembre de 2019**

Apellido y nombre: _____

Matrícula: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ DNI: _____

Partido: _____ Email: _____ Teléfono: _____

TIPO DE INSCRIPCIÓN (marcar con una X)

**INSCRIPCIÓN
CON CENA**

Incluye **inscripción, seguro deportivo,
remera del evento y cena de clausura.**
Plazas limitadas y sujetas a disponibilidad.
Se otorgarán por orden de inscripción.

☐

TITULAR \$2000

☐

GOLFISTA \$2200

Acceso cena para acompañantes \$800. Menores hasta 6 años sin cargo.

**INSCRIPCIÓN
SIN CENA**

Incluye **inscripción y seguro deportivo,
remera del evento**

☐

TITULAR \$1800

☐

GOLFISTA \$2000



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

☐

Celíaco

☐

Vegetariano

☐

Otro

ALOJAMIENTO: El Colegio contratará alojamientos de acuerdo a las fichas de inscripción recepcionadas. Sujeto a disponibilidad.

ACOMPañANTE

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

ACLARACIÓN: 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.

FORMA DE PAGO

A. PAGO CON CENA

☐

Adherido al SU: **4 cuotas**

☐

No adherido al SU: **2 cuotas**

B. PAGO SIN CENA

☐

Adherido al SU: **4 cuotas**

☐

No adherido al SU: **2 cuotas**

C. PAGO CON CHEQUE INTERDEPÓSITO EN UNA (1) CUOTA

CHEQUE N° _____

DEL BANCO _____

D. PAGO POR INTERDEPÓSITO O TRANSFERENCIA

Cuenta Corriente N° 81587/3 Banco de la Provincia de Buenos Aires sucursal 2000, CBU 0140999801200008158739, CUIT 30-55085706-1, titular: Colegio de Farm. de la Pcia. de Bs. As. Si usted envía el pago por separado a la ficha de inscripción deberá remitir indefectiblemente por mail a: olimpiadas@colfarma.org.ar o por fax al (0221) 429-0950 el comprobante correspondiente junto con un detalle de los conceptos que abona.

COSTO TOTAL DE SU INSCRIPCIÓN

\$

FIRMA TITULAR

Para mayor información:
Comuníquese con el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de
Buenos Aires a los teléfonos:
(0221) 429-0925 (Roberto Fischbach) / 429-0900 (líneas rotativas), o
por e-mail a: olimpiadas@colfarma.org.ar



**Colegio de Farmacéuticos
de la Provincia de Buenos Aires**