



2, 3 y 4 de abril

JDF2020

CORRIENTES

XXV JUEGOS DEPORTIVOS
FARMACÉUTICOS

FICHA DE INSCRIPCIÓN

cierre de inscripción: **Viernes 20 de Marzo de 2020** (por Sistema)

Apellido y nombre: _____

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

Partido: _____ Email: _____ Teléfono: _____

TIPO DE INSCRIPCIÓN (marcar con una X)

INSCRIPCIÓN CON ALOJAMIENTO

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

☐ HOTEL TURISMO

Ingreso: ____ / ____ / 20

Egreso: ____ / ____ / 20

Farmacéuticos **\$11.500**

Acompañantes **\$11.900**

NOCHES EXTRAS: \$2.300 por persona en base doble

INSCRIPCIÓN SIN ALOJAMIENTO

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

☐ Farmacéuticos **\$3.800**
☐ Acompañantes **\$4.200**
☐ Menores de 12 años **\$1.000**



MARCAR EN CASO DE SER CELÍACO O VEGETARIANO

☐ Celíaco ☐ Vegetariano
☐ Otro _____

INSCRIPCIÓN A DEPORTES INDIVIDUALES

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 (2) disciplinas.

1. _____

2. _____

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.

ACOMPAÑANTE

NOMBRE (indicar vínculo familiar si aplica)	FECHA DE NACIMIENTO	DNI
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

FORMA DE PAGO

A. PAGO CON ALOJAMIENTO

☐ Adherido al SU (Cat. A): **10 cuotas** ☐ Adherido al SU (Cat. B) o No adherido al SU: **6 cuotas**

B. PAGO SIN ALOJAMIENTO

☐ Adherido al SU (Cat. A): **10 cuotas** ☐ Adherido al SU (Cat. B) o No adherido al SU: **6 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

TALLE DE EQUIPO DEPORTIVO

Únicamente para Farmacéuticos (debe ser solicitado a su delegado deportivo).
Obsequio de laboratorio Montserrat y Eclair.

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

