



FICHA DE INSCRIPCIÓN

cierre de inscripción: **31 de mayo de 2022**

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,
catering finger food de bienvenida y cena despedida.
Plazas limitadas y sujetas a disponibilidad.
Se otorgarán por orden de inscripción.

☐ **HOTEL TURISMO**
(Ingreso: ____ / ____ / 22 - Egreso: ____ / ____ / 22)
Farmacéuticos **\$14.000** | Acompañantes **\$15.000**
(Consulte por grupo familiar con menores)
NOCHES EXTRAS: \$6.540 por persona en base doble

INSCRIPCIÓN SIN ALOJAMIENTO

Incluye inscripción y seguro deportivo.
Catering finger food de bienvenida
y cena despedida.

☐ Farmacéuticos **\$5.000** | Acompañantes **\$6.000**
Menores de 12 años **\$1.500**



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

☐ Celíaco
☐ Vegetariano
☐ Otro

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.
Deberá considerar la posibilidad de superposición
de horarios.

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: **4 cuotas** ☐ No adherido al SU: **2 cuotas**

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.

COMPLETAR LA FICHA, DESCARGAR Y ENVIAR A OLIMPIADAS@COLFARMA.ORG.AR

COSTO TOTAL DE SU INSCRIPCIÓN

\$

NOMBRE DEL 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)

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**