



Datos personales

Apellido: _____ Nombre: _____
 Fecha de Nac: _____ Partido: _____ DNI: _____ Teléfono: _____
 Email: _____ Matrícula: _____

PASO 1: Opciones de inscripción (por persona)

con alojamiento: viernes: Cocktail de bienvenida (Hotel Libertador), sábado: Cena de los juegos, domingo: Almuerzo de clausura (Hotel Libertador). **Seguro deportivo, libre participación deportiva y premiación.**

- ☐ Hotel Libertador (2 noches): \$ 35.000
☐ Hotel Hermitage (2 noches): \$ 32.000

Consulte política de menores de 11 años

sin alojamiento: viernes: Cocktail de bienvenida (Hotel Libertador), sábado: Cena de los juegos, domingo: Almuerzo de clausura (Hotel Libertador). **Seguro deportivo, libre participación deportiva y premiación.**

- ☐ \$ 17.000

solo participación deportiva: Seguro deportivo, libre participación deportiva y premiación.

- ☐ \$ 5.000

DESEO ALOJARME NOCHES EXTRAS

En tal caso indicar fecha de ingreso y egreso:

INGRESO _____

EGRESO _____

ALIMENTACIÓN ESPECIAL

CELÍACO ☐ VEGETARIANO ☐

OTRO _____

PASO 3: Deportes a los que se inscribe

A deportes individuales ej. tenis, natación, atletismo, maratón, etc.

1 _____
 2 _____
 3 _____
 4 _____

PASO 2: Indicar acompañantes

A en caso de viajar con familia

Nombre, apellido y vínculo familiar	Fecha de nacimiento
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

B en caso de desear compartir habitación con otros colegas*

Nombre del colega
1 _____
2 _____
3 _____

* Sujeto a disponibilidad del hotel. Si asiste solo y deja esta sección vacía los acompañantes podrán ser designados por la organización.



Se aceptarán bajas hasta el **6 de Noviembre**. A partir de dicha fecha el reintegro será del 20% del valor de la inscripción.
SIN EXCEPCIÓN

B deportes grupales ej. fútbol 5 / 7 / senior, voley, etc.

1 _____
 2 _____
 3 _____

Costo total

Monto de inscripción más noches extras si aplicase

\$ _____

Forma de pago

A pago en cuotas

Por ser matriculado en el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires puede abonar su inscripción a los "XXXII JUEGOS DEPORTIVOS FARMACÉUTICOS BONAERENSES" en cuotas y que cada una de ellas se incorpore a la cuota social, en los servicios opcionales contratados. Opciones:

INSCRIPCIÓN CON ALOJAMIENTO

- ☐ Matriculado en C.F.P.B.A.: **6 cuotas**
☐ Matriculado adherido al S.U. Cat. A: **10 cuotas**

INSCRIPCIÓN SIN ALOJAMIENTO O SÓLO PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

- ☐ Matriculado en C.F.P.B.A.: **2 cuotas**
☐ Matriculado adherido al S.U. Cat. A: **4 cuotas**

B cheque o interdepósito en 1 pago

cheque número _____

del banco _____

O interdepósito en la Cuenta Corriente N° 81587/3 Banco Provincia de Buenos Aires sucursal 2000, CBU 0140999801200008158739, CUIT 30-55085706-1, titular: Colegio de Farm. de la Pcia. de Bs. As. en concepto de inscripción para los "XXXII JUEGOS DEPORTIVOS FARMACÉUTICOS BONAERENSES". La Ficha de inscripción deberá remitirse al mail olimpiadas@colfarma.org.ar. En caso de realizarse pago por transferencia deberá adjuntar el comprobante.

Nombre del titular:



Colegio de Farmacéuticos
de la Provincia de Buenos Aires

5 N° 966 (1900) La Plata
Contacto: Roberto Fischbach
 (0221) 4290925 / Fax (0221) 4290950
 olimpiadas@colfarma.org.ar