

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Da compilare in ogni sua parte e inviare unitamente alla copia del pagamento alla Segreteria **entro il 15 Giugno 2016**  
via mail ( [segreteria@medicinaepersona.org](mailto:segreteria@medicinaepersona.org) ) via fax: 02.86882827

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

documento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

residente in Via/n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

data di arrivo \_\_\_\_\_ data di partenza \_\_\_\_\_ totale notti \_\_\_\_\_

**Accompagnato da:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

documento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

residente in Via/n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

data di arrivo \_\_\_\_\_ data di partenza \_\_\_\_\_ totale notti \_\_\_\_\_

**Quote di partecipazione**(IVA inclusa) la quota comprende pensione completa per persona in camera multipla dalla cena del giorno di arrivo al pranzo del giorno di partenza, bevande ai pasti incluse, extra esclusi. Nel caso di bambini al di sotto dei 2 anni, provvedere personalmente alla culla.

Quota adulto (dai 12 anni compiuti in poi...):

€ 210,00 quota 3 giorni per n. \_\_\_\_\_ adulti totale: € \_\_\_\_\_

€ 150,00 quota 2 giorni per n. \_\_\_\_\_ adulti totale: € \_\_\_\_\_

€ 90,00 quota 1 giorno per n. \_\_\_\_\_ adulti totale: € \_\_\_\_\_

Sconti per bambini

gratis 0-4 anni per n. \_\_\_\_\_ bambini totale: € \_\_\_\_\_

-50 % 4-12 anni non compiuti per n. \_\_\_\_\_ bambini totale: € \_\_\_\_\_

**Supplemento camera singola** € 20,00 al giorno per n.. \_\_\_\_\_ giorni totale: € \_\_\_\_\_

(N.B.: la disponibilità delle camere singole è estremamente limitata, saranno quindi assegnate soltanto all'arrivo in base alla priorità di iscrizione e comunque a discrezione dell'organizzazione. In caso di non assegnazione il supplemento sarà rimborsato)

**Totale importo da versare €:** \_\_\_\_\_

**Modalità di pagamento:**

PAGAMENTO DELLA CAPARRA DI ISCRIZIONE DI 60 EURO PER OGNI SINGOLO PARTECIPANTE A:

VALTUR SPA, IBAN: IT 72 D 02008 11835 000030077965

UNICREDIT SPA, VIALE MAZZINI 77 CAP 36100 VICENZA (VI)

Indicando nella causale (Nome, Cognome, Vacanza Medicina e Persona Residence Le Terrazze).

Inviare la ricevuta di pagamento e la scheda di iscrizione  
via mail: [segreteria@medicinaepersona.org](mailto:segreteria@medicinaepersona.org) o via fax: 02.86882827

II SALDO DELLA QUOTA AVVERRÀ DIRETTAMENTE IN VACANZA AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DELLE CAMERE ESCLUSIVAMENTE CON CONTANTI.

**N.B.: PARTICOLARI ESIGENZE DI FATTURAZIONE DOVRANNO ESSERE SEGNALATE PRIMA DELL'INIZIO DEL SOGGIORNO**

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del D.L.vo 196/03 –

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_