



Formulario de Inscripción

Nombre:

Apellidos:

e-mail:

Facultad e Institución:

Presenta trabajo: ____ SI ____ No

Alojamiento: ____ SI ____ No

Persona con quien desea compartir habitación:

Valores

Envío Abstract	\$15.000
Inscripción Reunión	\$60.000

Si Ud. no se alojará en el Hotel y desea acceder a:	valores	Indicar que requiere esta reserva (Sí o No), indicar el día
Desayunos, almuerzos, cafés, cena buffet, cóctel y fiesta	\$44.000 por día 18 de noviembre; \$44.000 por día 19 de noviembre y \$22.000 por el 20 de noviembre	
Solo Dinner/Buffer	\$22.000 (día 18 de noviembre)	
Solo Cocktail/Party	\$22.000 (día 19 de noviembre)	

Reserva de Alojamiento Hotel

Valores por persona por toda la reunión. *Check in* 16h y *check out* a las 12h. Incluye desayunos, almuerzos, cafés, cena buffet, cóctel y fiesta.

Tipo de habitación	Valores por una noche	Valores por dos noches
Habitación Single (1 cama King)	\$93.250	\$186.500
Habitación Doble (2 camas Twin)	\$80.500	\$161.000
Habitación Triple (2 camas Twin + cama nido)	\$75.000	\$150.000

Número de días de alojamiento: _____

Transferir a:

ASOCHIN, Rut 65.134.873-0, Banco de Chile, Cuenta Corriente 1601617003.

Email: a.escobar@odontologia.uchile.cl

No olvidar enviar copia comprobante de pago junto a esta ficha a Secretaría. Email:

carollbeltranm@gmail.com