

CURSOS DE DISEÑO DE REDES LonWorks®

FORMULARIO DE RESERVA DE PLAZA

LUGAR: MADRID

FECHA: 7, 8, 9 y 10 DE JUNIO DE 2011

PRECIO DEL CURSO: 850 € IVA NO INCLUIDO

CONFIRMACION DE RESERVA

Enviar por fax al nº 916442484 adjuntando EL JUSTIFICANTE DE LA TRANSFERENCIA

DESEO ASISTIR AL CURSO DE:

DISEÑO DE REDES LONWORKS en Madrid los días 7, 8, 9 y 10 DE JUNIO DE 2011 ☐ SI

ADMISIÓN POR RIGUROSO ORDEN DE RECEPCIÓN DEL FORMULARIO DE RESERVA. ESTE FORMULARIO DE RESERVA NO TENDRÁ VALIDEZ SIN EL CORRESPONDIENTE JUSTIFICANTE DE PAGO.

PLAZAS LIMITADAS, SE CONFIRMARÁ LA ASISTENCIA AL CURSO.

COSTE FINAL DEL CURSO IVA INCL. DE **1003€** QUE INCLUYE CLASES, DOCUMENTACIÓN y COMIDA CON PROFESORES DURANTE LOS CUATRO DÍAS.

- Por 300\$ más, se puede acceder al examen de certificación Profesional LonMark que se realiza el último día de clase y que le acreditará internacionalmente como **Integrador LonMark Profesional**. (Recibirá carnet, logo y diploma acreditativo expedido por LonMark International)


LONMARK®
CERTIFIED
Professional

DATOS DE ASISTENTE

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN: _____ CP: _____

PROVINCIA: _____ NIF: _____

TELF : _____

FAX: _____

EMAIL: _____

LA RESERVA DE PLAZA, solo se garantiza previo pago de los costes de inscripción, quedando condicionada al aforo disponible, dado que el número de plazas es limitado. En caso de denegarse la reserva, se devolverá su importe íntegro sin ningún tipo de gasto.

CANCELACIÓN, se deberá comunicar por escrito. Si se comunica antes de 15 días naturales antes del inicio del curso, se devolverá el importe menos un 20% en concepto de gastos administrativos.

Pasado este periodo, no se reembolsará el importe de la inscripción pero podrá notificar el cambio de la persona asistente.

Si el número de plazas no es cubierto, Aditel se reserva el derecho de cancelar y posponer la celebración del mismo, previo aviso de 7 días naturales de la celebración del mismo.

DATOS DE FACTURACIÓN

(Rellenar solo si los datos son diferentes a los del asistente)

NOMBRE/EMPRESA: _____

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN: _____ CP: _____

PROVINCIA: _____ CIF: _____

TELF : _____

FAX: _____

EMAIL: _____

CARGO: _____

FORMA DE PAGO

☐ Transferencia Bancaria a la cta. 2100-4939-95-2200012715

Firma y fecha