

XI SIMPOSIUM NACIONAL MEDICINA AEROESPACIAL



Palma de Mallorca
18 y 19 de noviembre 2010

www.semae.es

INFORMACIÓN XI SIMPOSIUM NACIONAL DE MEDICINA AEROESPACIAL

18/19 Noviembre 2010 – Palma de Mallorca

S.E.M.A.

- **Fecha y lugar de la celebración:**

Días 18 y 19 de Noviembre en Palma de Mallorca en el **Hotel Meliá Palas Atenea**, Paseo Marítimo nº 29, 07014 Palma de Mallorca, Baleares, España.

- **Responsable local de la organización en Palma de Mallorca**

Dr. Alvaro Hebrero.Tl.+34 971 607107

- **Secretaría de Simposium**

Información general. Srta. Magdalena Medina

Teléfono: +34 971.607.107 / Fax:+34 971.607.108

Correo: CENTRO MÉDICO AERONAÚTICO

Centro Empresarial Son Espanyol, local nº7, Parc Bit, Crta. Palma –Valldemossa Km 7.4

07121 Palma de Mallorca. Islas Baleares. España.

E-mail: magda@cmapmi.com

- **INSCRIPCIONES**

Cuotas de inscripción:

Hasta el 29 de octubre de 2010

Congresistas socios S.E.M.A. y A.I.M.A. 265 € *

Congresistas No Socios 325 € *

Acompañantes 115 € **

Estudiantes 75 € ***

Pasado el 29 de octubre las cuotas de inscripción de congresistas se incrementaran a 300 € los socios y 360€ los no socios.

* La cuota de inscripción de congresista incluye: la asistencia a las sesiones científicas, documentación, diploma acreditativo, coffees breaks ambos días, comida de trabajo y cena de confraternización el jueves , y cocktail al mediodía del viernes.

** La cuota de acompañante incluye solo la cena de confraternización del jueves y cocktail al medio día del viernes .Posibilidad de visita guiada por el casco antiguo de la ciudad sin coste adicional.

*** La cuota para estudiantes solo incluye la asistencia a las sesiones científicas.

Para formalizar la inscripción los ingresos se realizarán mediante **transferencia bancaria**, consignando los datos del ordenante y a nombre de “**SEMA Congreso Palma 2010**” cuenta nº: **IBAN ES34 2038 1828 91 6002273770(CAJA DE MADRID)** y deberá remitirse a la Secretaría del Simposium mediante correo electrónico a magda@cmapmi.com con copia a jmperez@iberia.es el **Boletín de la Inscripción** junto con el **resguardo de la Transferencia Bancaria**.

Fecha límite de la inscripción sin penalización de cuota 29 de octubre de 2010

- **Secretaría Científica del Simposium**

Exclusivamente para ponente de mesas y comunicaciones libres Dr. Álvaro Hebrero: e-mail: ahebrero@air-europa.com

- **Información complementaria**

Reconocido de interés por la **Dirección General de Aviación Civil** con una validez de 10 horas formativas para el mantenimiento de la habilitación como **Médico Examinador Aéreo**.

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN

**XI Simposium Nacional de
Medicina Aeroespacial (S.E.M.A.)**
Palma de Mallorca, 18 y 19 de Noviembre de 2010

Apellidos

Nombre

Dirección

C.P.

Localidad

País

Teléfono

E-mail

Centro de trabajo

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	Hasta el 29/10/2010	Hasta el 12/11/2010
Congresistas Socios S.E.M.A. y A.I.M.A.	265€ <input type="checkbox"/>	300€ <input type="checkbox"/>
Congresistas No socios	325€ <input type="checkbox"/>	360€ <input type="checkbox"/>

Acompañantes (sólo cena de confrat. jueves y cocktail viernes). 115 €
Estudiantes (sólo asistencia a las sesiones científicas) 75 €
(poner una x en la/s casilla/s correspondiente)

Fecha límite de inscripción: **12 de noviembre**, a partir de esta fecha no se asegura la admisión de inscripciones.

Acompañante

si

no

Nombre: (En caso afirmativo).....

¿Acudirá a la cena del jueves y cocktail viernes?

si

no

Hotel de alojamiento

Día de llegada

Día de salida

Observaciones

Firma

Rogamos envíe este boletín debidamente cumplimentado junto con la copia del resguardo de la transferencia bancaria al e-mail Magda@cmapmi.com con copia a imperez@iberia.es

Nº de Cuenta Corriente: IBAN ES34 2038 1828 91 6002273770 (CAJA DE MADRID) en concepto de SEMA Congreso Palma 2010

- **HOTELES**

Las reservas de los hoteles se tratarán directamente con ellos. La organización ha concertado unos precios especiales para los congresistas y acompañantes en los siguientes hoteles:

-Hotel Meliá Palas Atenea**** situado en la misma bahía de Palma, frente al mar en el Paseo Marítimo nº 29. En este hotel se desarrollaran todas las sesiones científicas, comida de trabajo y cocktail del viernes. Telf. +34-971281400. Fax +34-971451989, e-mail: nikole.servera@solmelia.com

-Hotel Tryp Bellver**** situado también en la misma bahía de Palma frente al mar en el Paseo Marítimo nº11, a unos 5 minutos caminando hacia el Hotel Melia Palas Atenea. Tel.+34 971222240/Fax+34- 971284182.e-mail: grupos.tryp.bellver@solmelia.com

La fecha límite de reserva es hasta el 22 de Octubre, a partir de esta fecha no se aseguran los precios pactados con los hoteles ni la disponibilidad de habitaciones.

Para la reserva se adjuntan las hojas solicitud de reserva de cada uno de los hoteles, siendo imprescindible cumplimentarlas en su totalidad y mandarlas por fax o e-mail a la dirección correspondiente del hotel elegido.

**SOLICITUD DE RESERVA PARA CONGRESOS / MEETING
REGISTRATION FORM
CONGRESO MEDICINA AEROESPACIAL 18-19.11.10**

Nombre/Name _____ Apellidos/Last Name

Empresa/Company

Dirección/Address

Código Postal/Zip Code _____ Ciudad/País -
City/Country _____

Teléfono/Telephone _____ Fax

E-mail

Fecha de Llegada /Arrival date _____ Hora Estimada/ Estimated Time

Fecha de Salida/Departure Date _____

TIPO DE HABITACIÓN/ROOM TYPE

CATEGORIA/Room Category	TARIFA/Rate per day**	Nºde Habitaciones/# of Rooms
Hab. Doble Uso Individual / Double for single Use Room	92€	
Hab. Doble/Double Room *	102€	
Suplemento Vista Mar / Sea view room supplement	24€	

* Compartido con : Nombre _____ Apellidos

* Shared with : Name _____ Last Name

****Desayuno e IVA incluido./Breakfast and VAT included.**

OBSERVACIONES/COMMENTS

FORMA DE PAGO para Garantizar la Reserva/FORM OF PAYMENT to Guarantee the Reservation

Tarjeta de Crédito/Credit Card Visa _____ Amex _____ Master Card _____ Dinners Club _____

Nº de Tarjeta/Number _____ Fecha Caducidad/Expiration Date _____/_____

Fecha Límite de Reserva/Reservation Cut-off date 22.10.10

Hasta esta fecha se mantendrá el cupo reservado para este evento. Todas las reservas realizadas posteriormente estarán sujetas a disponibilidad y precio / Until this date the allotment reserved for the conference will be hold. All reservations made at a later time will be subject to availability of rooms and rates)

Políticas de cancelación/Cancellation policy

Desde la confirmación hasta 10 días antes de la llegada se facturará directamente en la tarjeta de crédito una noche como gasto de cancelación / From the confirmation and 10 days prior to arrival, 1 night (B&B) will be charged as cancellation fee to my credit card

Entre 9 y 4 días se facturarán dos noches directamente en la tarjeta del cliente como gasto de cancelación / Between 9 and 4 days prior to arrival, 2 nights (B&B) will be charged as cancellation fee to my credit card
Menos de 4 días se facturará el total de noches reservadas directamente en la tarjeta de crédito como gasto de cancelación / Less than 4 days prior to arrival, the total of the room nights will be charged to my credit card

No-show

En caso de no-show el hotel está autorizado a cargar la totalidad correspondiente a habitación/desayuno por toda la estancia / The hotel is authorized to charge the total amount corresponding (full stay) to my credit card

Firma y Nombre/Signature & Name _____ Fecha /Date _____

Por favor envíe este documento por fax o e-mail al departamento de reservas /Please send by fax or e-mail to Nikole Servera, Sales Department.

Hotel Meliá Palas Atenea
Paseo Marítimo, 29 07014 Palma de Mallorca - BALEARES
Tel. +34 971. 28 14 00 – Fax +34 971.45 19 89 e-mail: nikole.servera@solmelia.com
www.solmelia.com

TRYP BELLVER * * * *

SOLICITUD DE RESERVA PARA CONGRESOS / MEETING REGISTRATION FORM CONGRESO MEDICINA AEROESPACIAL 18-19.11.10

Nombre/Name _____ Apellidos/Last Name

Empresa/Company

Dirección/Address

Código Postal/Zip Code _____ Ciudad/País -
City/Country _____

Teléfono/Telephone _____ Fax

E-mail

Fecha de Llegada /Arrival date _____ Hora Estimada/ Estimated Time

Fecha de Salida/Departure Date _____

TIPO DE HABITACIÓN/ROOM TYPE

CATEGORIA/Room Category	TARIFA/Rate per day**	Nºde Habitaciones/# of Rooms
Hab. Doble Uso Individual / Double for single Use Room	86€	
Hab. Doble/Double Room *	96€	
Suplemento Vista Mar / Sea view room supplement	20€	

* Compartido con : Nombre _____ Apellidos

* Shared with : Name _____ Last Name

**Desayuno e IVA incluido./Breakfast and VAT included.

OBSERVACIONES/COMMENTS

FORMA DE PAGO para Garantizar la Reserva/FORM OF PAYMENT to Guarantee the Reservation

Tarjeta de Crédito/Credit Card Visa _____ Amex _____ Master Card _____ Dinners Club _____

Nº de Tarjeta/Number _____ Fecha Caducidad/Expiration Date _____/_____

Fecha Límite de Reserva/Reservation Cut-off date 22.10.10

Hasta esta fecha se mantendrá el cupo reservado para este evento. Todas las reservas realizadas posteriormente estarán sujetas a disponibilidad y precio / Until this date the allotment reserved for the conference will be hold. All reservations made at a later time will be subject to availability of rooms and rates)

Políticas de cancelación/Cancellation policy

Desde la confirmación hasta 10 días antes de la llegada se facturará directamente en la tarjeta de crédito una noche como gasto de cancelación / From the confirmation and 10 days prior to arrival, 1 night (B&B) will be charged as cancellation fee to my credit card

Entre 9 y 4 días se facturarán dos noches directamente en la tarjeta del cliente como gasto de cancelación / Between 9 and 4 days prior to arrival, 2 nights (B&B) will be charged as cancellation fee to my credit card
Menos de 4 días se facturará el total de noches reservadas directamente en la tarjeta de crédito como gasto de cancelación / Less than 4 days prior to arrival, the total of the room nights will be charged to my credit card

No-show

En caso de no-show el hotel está autorizado a cargar la totalidad correspondiente a habitación/desayuno por toda la estancia / The hotel is authorized to charge the total amount corresponding (full stay) to my credit card

Firma y Nombre/Signature & Name _____ Fecha /Date _____

Por favor envíe este documento por fax o e-mail al departamento de reservas /Please send by fax or e-mail to Tryp Bellver Sales Department.

Hotel Tryp Bellver

Paseo Marítimo, 11 07014 Palma de Mallorca - BALEARES

Tel. +34 971. 22 22 40 – Fax +34 971.28 41 82 e-mail: grupos.tryp.bellver@solmelia.com

www.solmelia.com